



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora no Envelhecimento

Casa dos Professores em Carcavelos

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do
Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha

Júri:

Presidente

Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão, professora auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutora Ana Cristina Guerreiro Espadinha, professora auxiliara da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Marco Paulo Maia Ferreira, professor convidado da Faculdade de
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Daniela Filipa Machado Dias

2016

*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.*

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Porque sem a vossa ajuda, tenho a certeza que tudo seria mais difícil, quero agradecer...

Em primeiro lugar à Dr.^a Maria Manuel, orientadora local, pela disponibilidade e ajuda e pela maneira como me fez refletir acerca da minha intervenção, permitindo-me crescer a nível pessoal e profissional;

À Dr.^a Cristina Espadinha, orientadora da FMH, pelas diretrizes e ideias que serviram de base à implementação do serviço de intervenção psicomotora no local de estágio e elaborações deste trabalho;

A todos os dirigentes, técnicos e colaboradores da Casa dos Professores em Carcavelos, que me incluíram na equipa e se demonstraram sempre disponíveis;

A todos os residentes que me acolheram, acreditaram no meu potencial e se disponibilizaram a participar nas atividades propostas;

Às minhas colegas de mestrado, principalmente à Joana Gonçalves pelo apoio que me deu na fase inicial do estágio e pelas ideias/vivências que trocamos ao longo do mesmo;

Agradeço à minha família, principalmente aos meus pais pelo apoio e força que me deram nos momentos mais difíceis, que nunca me deixaram desistir e acreditaram sempre no meu potencial;

Ao meu namorado, que apesar de longe, me apoiou incondicionalmente em todas as minhas decisões e esteve presente nos momentos mais difíceis, com uma palavra amiga;

E aos meus amigos, que de uma forma ou de outra, marcaram este meu percurso, um grande bem-haja.

Resumo

O presente relatório pretende descrever as atividades de estágio na Casa dos Professores em Carcavelos desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana. O estágio teve como objetivo primordial a implementação do serviço de psicomotricidade na instituição. Este baseou-se em momentos de observação, avaliação e intervenção psicomotora na área do envelhecimento normal e patológico. O documento encontra-se dividido em duas grandes partes, a primeira compreende a revisão de literatura que se foca no envelhecimento e na intervenção psicomotora nesta população e a segunda parte diz respeito ao enquadramento da prática profissional. Neste segundo capítulo é descrito o local onde decorreu o estágio e apresentados dois estudos de caso, um individual e outro grupal. Em cada estudo de caso é descrito o processo de avaliação, o plano de intervenção, os resultados e uma análise crítica ao processo. No processo de avaliação foi utilizado o Exame GerontoPsicomotor. Tendo em conta o processo de intervenção é possível constatar que a intervenção psicomotora permite manter e/ou melhorar alguns aspetos psicomotores do envelhecimento normal e patológico, verificando-se assim a importância deste tipo de terapia.

Palavras-Chave

Casa Dos Professores em Carcavelos, Envelhecimento, Idosos, Perturbações Neurocognitivas, Alterações Psicomotoras, Gerontopsicomotricidade.

Abstract

The present report aims to describe the training activities in Casa dos Professores em Carcavelos, that were carried out within the scope of the Masters in Psychomotor Rehabilitation, in the Area of Deepening Occupational Skills, at Faculdade de Motricidade Humana. The main goal of the training period was the implementation of psychomotor services at the institution. This was based on moments of observation, evaluation and psychomotor intervention in the area of normal and pathological ageing. The document is divided into two major parts, the first comprising a review of the literature concerning ageing and psychomotor interventions on this target population and the second part concerns practical occupational framework. In this second chapter one describes the location where the training period took place and two case studies, one individual and one group study. In each case study one has described the evaluation process, the plan of intervention, the results as well as a critical analysis of the process. The Exame GerontoPsicomotor was used in the evaluation process. In where it concerns the intervention process, one finds that the psychomotor intervention allows one to maintain and/or improve some of the psychomotor aspects of normal and pathological ageing, thus showing the importance of this type of therapy.

Key-words

Casa Dos Professores em Carcavelos, Aging, Elderly, Neurocognitive disorders, Psychomotor alterations, Psychomotor therapy of aging.

Índice Geral

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Palavras-Chave	vi
Abstract	vii
Key-words.....	vii
Índice Geral	viii
Índice de Tabelas	x
Índice de Figuras	x
Introdução	1
1 Envelhecimento	5
1.1 Envelhecimento e Demografia	8
1.2 Alterações biológicas e fisiológicas	8
1.2.1 Alterações Sensoriais.....	10
1.3 Alterações Cognitivas.....	12
1.4 Alterações Socio-Afetivas	13
1.5 Alterações Psicomotoras.....	14
2 Intervenção Psicomotora no Envelhecimento	18
2.1 Avaliação para a Intervenção Psicomotora	22
1 Associação de Solidariedade Social dos Professores	27
1.1 Casa dos Professores em Carcavelos.....	28
1.1.1 Missão e valores.....	29
1.1.2 Funcionamento da Instituição	29
1.1.3 Admissão.....	30
1.1.4 Espaço Físico.....	30
1.1.5 Acessibilidade.....	30
1.1.6 População.....	31

1.1.7	Serviços/Valências.	31
1.1.8	Equipa técnica.	31
1.1.9	Atividades promovidas na casa.	32
1.1.10	Intervenção psicomotora na Casa dos Professores.	33
1.1.11	Procedimentos éticos.	36
1.2	Análise de caso individual	36
1.2.1	Enquadramento da Patologia.	37
1.2.2	Avaliação Inicial.	37
1.2.3	Fases de intervenção Psicomotora.	38
1.2.4	Avaliação Final.	40
1.2.5	Análise de Intervenção.	42
1.2.6	Reflexão crítica.	43
1.3	Análise de Caso de Grupo	43
1.3.1	Enquadramento das Patologias.	45
1.3.2	Avaliação Inicial.	46
1.3.3	Fases de intervenção psicomotora.	46
1.3.4	Avaliação Final.	48
1.3.5	Análise de Intervenção.	49
1.3.6	Reflexão crítica.	50
1.4	Outros Casos Acompanhados.	51
1.4.1	D. Lurdes.	51
1.4.2	Grupo de sessões abertas.	51
1.5	Outras atividades desenvolvidas na Casa.	52
2	Criação e Implementação do Serviço de Psicomotricidade na Casa dos Professores.	54
2.1	Pertinência do Projeto	54
2.2	Objetivos do Projeto	55
2.3	Organização do Projeto.	55

2.4	Estratégias Globais de Intervenção.....	56
2.5	Implementação e resultados do projeto.....	57
	Conclusão	59
	Bibliografia.....	63
	Anexos.....	71
	Anexo A – Sessão de Esclarecimento	71
	Anexo B – Consentimento Informado	75
	Anexo C – Plano de Intervenção D. Rita.....	76
	Anexo D – Plano de Intervenção de Grupo.....	79
	Anexo E – Exemplo de Plano de Sessão.....	84

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Atividades propostas pelo Voluntariado e Educadora Social.....	32
Tabela 2 - Horário.....	33
Tabela 3 - Avaliação Inicial e Final do Grupo.....	48

Índice de Figuras

Figura 1 – Organigrama da ASSP (baseado em ASSP, 2012b).....	28
Figura 2 – Biblioteca	34
Figura 3 - Sala de Atividades	34
Figura 4 - Sala de Reuniões	34
Figura 5 - Perfil Psicomotor D. Rita (Avaliação inicial EGP)	38
Figura 6 - Perfil Psicomotor D. Rita (Avaliação inicial e final EGP).....	41

Introdução

Este relatório surge no âmbito do estágio profissionalizante do 2.º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora instituído pela Faculdade de Motricidade Humana, tendo o estagiário enveredado pela opção do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP).

O RACP tem como objetivos gerais estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas vertentes científica e metodológica, promovendo assim uma competência reflexiva multidisciplinar. Para além disto, pretende desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção (Regulamento RACP, 2014/2015). O RACP tem também como objetivo desenvolver a capacidade de prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico na área (Regulamento RACP, 2014/2015).

O estágio profissionalizante decorreu na Casa dos Professores em Carcavelos, que é dirigido pela dependência hierárquica da Delegação Distrital de Lisboa da Associação de Solidariedade Social dos Professores. Esta instituição é uma residência sénior que pretende dar resposta às necessidades dos professores associados e dos seus familiares. A residência permite o alojamento, saúde e lazer dos associados residentes promovendo assim o bem-estar, a segurança e a qualidade de vida, através de atividades de âmbito sociocultural, recreativas e ocupacionais, que visem a promoção e manutenção das capacidades cognitivas e motoras.

Este documento encontra-se dividido em duas grandes partes, no enquadramento da prática profissional e na realização da prática profissional.

Assim, inicialmente será descrito o processo de envelhecimento normal e patológico, especificando algumas das Perturbações Neurocognitivas (PNC) que são pertinentes no âmbito da intervenção. Para além destes aspetos serão descritas algumas das alterações biológicas e fisiológicas, sensoriais, cognitivas, sociais e psicomotoras que advêm dos diferentes tipos de envelhecimento.

Posteriormente será descrito o conceito de psicomotricidade e a importância da intervenção psicomotora no envelhecimento normal e patológico.

Na realização da prática profissional, inicialmente será apresentado o local onde decorreu o estágio e posteriormente a intervenção psicomotora no local. Também serão apresentadas duas análises de caso, uma individual e outra grupal. Ao longo desta apresentação serão descritos os resultados da avaliação, que serão confrontados com a literatura, o plano de intervenção e uma análise reflexiva acerca do caso.

De seguida será apresentado o projeto de implementação da intervenção psicomotora na Casa dos Professores em Carcavelos, e a sua avaliação.

Para finalizar será apresentada uma breve conclusão ao trabalho, que pretende sintetizar as ideias mais relevantes e refletir acerca do trabalho desenvolvido em contexto de estágio.

Enquadramento da Prática Profissional

O ser humano sofre um processo de maturação desde que nasce até que morre. Assim, é importante perceber pormenorizadamente o que é o envelhecimento e as alterações que dele advêm, sendo dado um maior enfoque às alterações psicomotoras. Contudo ao longo deste processo pode verificar-se o aparecimento de doenças que põe em causa o processo de envelhecimento e aceleram o mesmo, ocorrendo assim uma deterioração mais rápida de algumas capacidades.

Com o processo de envelhecimento ocorrem algumas alterações, assim é importante referenciar a terapia psicomotora como um meio de intervenção para manter ou melhorar as capacidades psicomotoras que estão postas em causa, devido ao processo de envelhecimento. Ao longo do tempo o conceito de envelhecimento tem sofrido algumas alterações, sendo várias as teorias, apresentadas na literatura, que tentam explicar este processo. Assim, será apresentado a definição de envelhecimento normal e patológico e algumas das alterações que advêm destes processos de envelhecimento.

1 Envelhecimento

O **envelhecimento normal** é um processo fisiológico, contínuo e inevitável (Fonseca, 2001a; Oliveira et al., 2010), que tem início no nascimento e se prolonga até à morte (Balcombe e Sinclair, 2001). Com o decorrer do tempo verificam-se alterações progressivas nas células, nos tecidos e nos órgãos, que afetam a fisiologia do organismo e exercem um impacto na capacidade funcional do indivíduo (Balcombe e Sinclair, 2001). Este processo deve-se à interação de múltiplos fatores endógenos e exógenos, que caracterizam a resposta biológica adaptativa aos desafios da idade (Oliveira et al., 2010). Assim, o envelhecimento é um processo heterogéneo que resulta da interação entre a componente genética e os fatores físicos, psíquicos e sociais (Oliveira et al., 2010), verificando-se assim um perfil individual de envelhecimento (Cancela, 2007).

O **envelhecimento patológico** encontra-se relacionado com as doenças que podem advir do processo de envelhecimento, ocorrendo alterações distintas das que se verificam no processo normal de envelhecimento (Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt, 2007). Segundo Souza, Skubs e Brêtas (2007) este processo leva a uma diminuição da funcionalidade do idoso, que requer um conjunto de cuidados específicos.

São várias as perturbações que podem surgir ao longo do processo de envelhecimento, como é o caso das demências.

No *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* na sua quinta edição de 2013 (vulgo DSM-5) a *American Psycholgy Association* (APA) insere as demências nas Perturbações Neurocognitivas (PNC). As PNC reúnem um conjunto de perturbações que apresentam problemas ao nível cognitivo e funcional, que são adquiridos e não congénitos (APA, 2013). Estas englobam os diagnósticos de *Delirium*, PNC Ligeira, i.e., o indivíduo apresenta capacidades para ser independente e PNC Major, i.e. a diminuição das capacidades cognitivas põe em causa a independência do indivíduo (APA, 2013). A PNC Major corresponde à designação de demência anteriormente adotada no DSM-IV (APA, 2013). Assim, segundo esta classificação, o termo demência, refere-se aos declínios cognitivos adquiridos em um ou mais dos seguintes domínios: atenção complexa; funções executivas; aprendizagem e memória; linguagem; percepção motora; cognição social. Para a APA (2013) estas alterações cognitivas tendem a interferir na realização das atividades de vida diária (AVD). Segundo a Alzheimer's Disease International (ADI) em 2009 a demência apresenta três estádios: precoce, moderado e severo.

A etiologia das PNC varia com o subtipo e com a idade de aparecimento (APA, 2013). Sendo a prevalência maior no sexo feminino, dado que a sua longevidade também é maior (APA, 2013).

As PNC ligeira e major são diferenciadas pela funcionalidade e encontram-se organizados em subtipos, tendo em conta a etiologia/patologia conhecidas ou que supostamente se encontram na base dos declínios cognitivos (APA, 2013). Assim, tendo em conta a população onde ocorreu a intervenção, de seguida serão descritos os subtipos Doença de Alzheimer, Perturbação Neurocognitiva Vascular e a Doença de Parkinson.

A **Doença de Alzheimer** corresponde entre 60 a 70% dos casos de demência, sendo assim considerada a mais comum (ADI, 2009). É uma doença neurodegenerativa com sintomas cognitivos, comportamentais e funcionais (APA, 2013). Apresenta um aparecimento insidioso, progressivo e gradual e está associada ao aparecimento de défices cognitivos, verificando-se dificuldades ao nível da memória e da aprendizagem (APA, 2013). O maior fator de risco é a idade, contudo lesões cerebrais traumáticas aumentam a probabilidade do aparecimento desta doença (APA, 2013). Também existem genes raros e fatores de risco vascular que podem estar na causa ou na influência da doença (APA, 2103).

A **Doença Vascular** é apontada pela APA (2013) a segunda demência mais comum e é uma PNC com etiologia vascular que apresenta défices cognitivos associados a acidentes vasculares cerebrais (AVC). Verifica-se dificuldades ao nível da atenção complexa, incluindo a velocidade de processamento, e nas funções executivas frontais (APA, 2013). A Doença Vascular é heterogênea devido ao tipo, à extensão e à localização da lesão vascular, podendo as lesões ser focais, multifocais ou difusas e ocorrerem em diferentes combinações (APA, 2013).

Três meses após a ocorrência de um AVC, 20 a 30% dos indivíduos são diagnosticados com demência (APA, 2013). Os principais fatores de risco são os mesmos que os dos AVC, i.e., hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, níveis elevados de colesterol, entre outros (APA, 2013). A Angiopatia Amiloide Cerebral e a condição hereditária de arteriopatia cerebral autossômica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia, também são fatores de risco importantes (APA, 2013).

Por fim, a **Doença de Parkinson** é uma PNC neurodegenerativa com condição estabelecida e de progressão lenta (APA, 2013). Este tipo de doença tem como fatores de risco a idade e a exposição a herbicidas e pesticidas (APA, 2013). Segundo Juhel (2010) a Doença de Parkinson deve-se à perda de células nervosas que produzem o neurotransmissor dopamina. Este neurotransmissor desempenha um papel fundamental na comunicação entre os neurónios responsáveis pelo ato motor (Juhel, 2010), verificando-se assim o aparecimento de alterações motoras primeiro do que as alterações cognitivas (APA, 2013).

A Doença de Parkinson é caracterizada pela presença de tremores, bradicinesia, rigidez e modificação postural (Dias, Limongi, Hsing e Barbosa, 2013). Os mesmos autores referem que quando se verifica tremores, estes ocorrem durante o período de repouso e podem tornar-se incapacitantes. A bradicinesia é caracterizada por movimentos pobres e lentidão na execução motora voluntária e automática (Dias et al. 2013). A rigidez deve-se ao aumento da tonicidade, i.e. hipertonía plástica ou inflexibilidade dos músculos que aumenta durante o movimento. Os indivíduos com esta doença apresentam uma postura característica, i.e., tronco inclinado à frente, flexão da cabeça e das articulações dos joelhos, quadris e cotovelos (Aubert e Albaret, 2001; Dias, et al. 2013).

Na Doença de Parkinson também se verificam alterações na fala devido à rigidez muscular e à pobreza e lentidão dos movimentos, i.e. a respiração altera a produção de voz devido às limitações dos movimentos da caixa torácica e a projeção do som é

dificultada pela abertura da boca (Dias, et al. 2013). Assim, a pronuncia, a dicção e a voz são modificados devido às alterações que ocorrem nos músculos envolvidos (Dias, et al. 2013).

1.1 Envelhecimento e Demografia

O envelhecimento da população é um fenómeno demográfico que se deve à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade e da emigração (INE, 2015). Assim, verifica-se uma inversão da pirâmide etária dado que a população jovem e em idade ativa está a diminuir e está a ocorrer um aumento do número de idosos. Em 2014 a percentagem de pessoas com mais de 65 anos em Portugal era de 20.3% (INE, 2015).

Tendo em conta estes aspetos verifica-se a necessidade de serem implementadas respostas políticas eficazes para garantir aos idosos a sua independência, participação, cuidados e dignidade (Lopes e Lemos, 2012). Devido ao aumento da longevidade, verifica-se uma maior procura de cuidados sociais e de saúde (Lopes e Lemos, 2012).

A prevalência da demência degenerativa varia consoante a idade e o subtipo etiológico, contudo a partir dos 60 anos verifica-se um aumento gradual da sua prevalência (APA, 2013). Assim, a prevalência de demência aos 65 anos é de 1 a 2% e aos 85 anos pode chegar aos 30% (APA, 2013).

Com o processo de envelhecimento verificam-se alterações a diferentes níveis. O organismo envelhece como um todo, contudo as células, os tecidos, os órgãos e as estruturas sub-celulares não envelhecem todos ao mesmo tempo (Cancela, 2007). Assim, de seguida serão apresentadas algumas alterações biológicas e fisiológicas, sensoriais, cognitivas, sociais e psicomotoras, que advêm do processo envelhecimento normal e patológico.

1.2 Alterações biológicas e fisiológicas

Com o processo de envelhecimento verifica-se um declínio nas funções fisiológicas, que leva a alterações ao nível das funções orgânicas e mentais (Cancela, 2007). Estas alterações devem-se a interações complexas entre fatores intrínsecos e extrínsecos que se manifestam através de alterações estruturais e funcionais (Martins, 2003), pois as alterações são influenciadas pelo estilo de vida da pessoa (Cancela, 2007)

Segundo Martins (2003) o processo de envelhecimento manifesta-se a diferentes níveis: cardiopulmonar; músculo-esquelético; cutâneo; neurológico; sono; função

intestinal; função renal e urinária; função hepática e endócrina. Também se verifica a perda da capacidade de manter o equilíbrio homeostático quando alterado e a diminuição progressiva das reservas funcionais (Cancela, 2007; Martins, 2003).

A pele perde o brilho e ocorre uma diminuição da sua espessura e da elasticidade ficando mais pálida e mais rígida (Aubert e Albaret, 2001; Netto, 2004; Ribeiro, Alves e Meira, 2009), verificando-se assim alterações na qualidade e quantidade de informação que recebe (Aubert e Albaret, 2001).

Com o processo de envelhecimento também se verifica uma diminuição dos pelos corporais, ficando mais finos, rarefeitos e mais quebradiços (Ribeiro et al., 2009). Segundo Netto (2004) os cabelos tornam-se brancos e caem com maior frequência verificando-se um menor crescimento de novos fios de cabelo. Contudo, os pelos nas sobrancelhas, nariz e orelhas aumentam e tornam-se mais fortes (Ribeiro et al. 2009).

Também se verifica uma diminuição do tônus muscular e da massa óssea que leva a alterações na postura (Netto, 2004). As articulações ficam mais rígidas, reduzindo a amplitude dos movimentos e alterando o equilíbrio e o padrão de marcha (Netto, 2004; Ribeiro et al., 2009)

Segundo Cancela (2007) ao nível do aparelho circulatório verifica-se uma diminuição do débito cardíaco, um menor fluxo sanguíneo que irriga os rins, fígado e cérebro e a diminuição da frequência cardíaca máxima, contudo esta em repouso tende a manter-se.

No que diz respeito ao sistema respiratório, ocorre alterações no ritmo respiratório e verifica-se uma diminuição na capacidade pulmonar de mobilização do ar e um aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois da expiração (Cancela, 2007; Netto, 2004).

Com o processo de envelhecimento também se verifica uma diminuição da tolerância à lactose (Cancela, 2007) e alterações na digestão e na assimilação dos nutrientes (Netto, 2004).

A função celular também é afetada com o processo de envelhecimento no que diz respeito ao combate às infeções (Cancela, 2007). Os rins e o fígado perdem capacidade de eliminar toxinas e medicamentos (Cancela, 2007).

Com o envelhecimento também se verifica uma diminuição do volume do encéfalo e ocorre uma dilatação dos sulcos e do sistema ventricular, aspetos que se acentuam com o processo de demencial (Damasceno, 1999; Santos, Andrade e Bueno, 2009).

Assim, no envelhecimento patológico verifica-se algumas alterações distintas das que advêm do processo de envelhecimento dito normal, pois as células encontram-se mais vulneráveis e verificam-se dificuldades no metabolismo proteico (Aarsland e Ballard, 2004).

Verifica uma redução do metabolismo e do fluxo sanguíneo regional cerebral, na Doença de Alzheimer, verifica-se uma redução bilateral e geralmente assimétrica do fluxo sanguíneo e do metabolismo em regiões temporais ou temporoparietais (Damasceno 1999). O mesmo autor acrescenta que estas alterações podem não se verificar numa fase inicial desta doença, e que podem ocorrer em outras demências como na Demência Vascular ou na Doença de Parkinson.

Numa fase inicial da Doença de Alzheimer pode verificar-se um menor funcionamento do hipocampo e do córtex entorrinal (Damasceno, 1999). Em fases mais avançadas da doença, verificam-se dificuldades na deglutição, incontinência urinária e fecal (Bottino et al., 2002).

Warchol-Celinska e colaboradores (2015) concluíram que os idosos com Doença de Alzheimer apresentam valores de pressão sistólica e diastólica inferiores aos idosos ditos normais e que estes apresentam um menor risco em apresentar doenças cardiovasculares.

As alterações fisiológicas também ocorrem ao nível dos órgãos sensoriais, assim de seguida será apresentado as alterações que se processam ao nível da audição, visão, tato, paladar e olfato.

1.2.1 Alterações Sensoriais.

Com o processo de envelhecimento ocorrem alterações anatómicas que se refletem ao nível sensorial, sendo as mais comuns ao nível da visão, audição e tato (Cancela, 2007; Juhel, 2010). Contudo, também se verificam alterações ao nível do olfato e do paladar (Aubert e Albert, 2001; Cancela, 2007). Segundo Giro e Paúl (2013) ocorre uma perda da acuidade e da sensibilidade que afeta a interação com o meio.

Segundo Andersen (2012) as **alterações visuais** podem ocorrer ao nível das estruturas óticas e ao nível do processamento sensorial e perceptivo.

A nível anatómico com o envelhecimento a córnea torna-se mais rígida e apresenta maiores dificuldades na focagem, o que leva a uma perda gradual na capacidade de ver os objetos que se encontram na proximidade (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010). Também se verifica uma diminuição dos recetores e da sensibilidade ocular

que torna a adaptação a diferentes graus de luminosidade mais difícil (Aubert e Albaret, 2001).

Ao nível da visão verifica-se uma diminuição da acuidade visual central e periférica, diminuição da amplitude e profundidade do campo visual, uma menor percepção da visão dinâmica, i.e., os idosos vêem estático o que é dinâmico (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010; Ribeiro et al., 2009). Os mesmos autores também referem que se verifica uma diminuição na discriminação das cores e uma menor diferenciação de contrastes.

As alterações visuais alteram a atividade psicomotora do indivíduo e se não forem devidamente controladas ou corrigidas podem tornar-se incapacitantes (Juhel, 2010).

Com o processo de envelhecimento, segundo Aubert e Albaret (2001) e Juhel (2010) ao nível da **audição** verifica-se alterações na acuidade auditiva, pois ocorre a diminuição na capacidade de ouvir sons agudos e com intensidade normal, afetando a compreensão do discurso. Os mesmos autores referem ainda que se verifica dificuldade ao nível da discriminação auditiva dos sons e ritmos, na clareza e compreensão do discurso e na localização do som no espaço.

As alterações auditivas podem alterar a manutenção do equilíbrio, a comunicação e as relações interpessoais (Juhel, 2010).

Com o processo de envelhecimento também se verifica uma diminuição dos **recetores táteis**, diminuindo assim a discriminação de pequenas características dos objetos (Aubert e Albaret, 2001). Verifica-se também uma perda de sensibilidade, principalmente nas extremidades, e uma diminuição na receção dos estímulos externos (Juhel, 2010).

Ao nível do **olfato** verifica-se uma diminuição da sensibilidade aos odores com o processo de envelhecimento (Aubert e Albaret, 2001; Ribeiro et al., 2009).

Por fim, ao nível do **paladar** com o processo de envelhecimento verifica-se alterações na membrana das células gustativas, um menor número de recetores sensoriais e maiores dificuldades na interpretação cerebral da informação (Boyce e Shone, 2006; Seeley, Stephens e Tate, 2003)

Na Doença de Alzheimer verificam-se algumas alterações sensoriais ao nível da visão, i.e., ocorre a perda de capacidades para entender as imagens e dificuldades na percepção da profundidade (National Institute on Aging, 2011). Ao nível do olfato verifica-se uma diminuição no reconhecimento do cheiro na Doença de Alzheimer e na Doença

de Parkinson (Lees, Hardy e Revesz, 2009; Mesholam et al., 1998; Murphy, 1999). Ao nível da audição na Doença de Alzheimer não se verificam alterações, contudo surgem dificuldades em interpretar aquilo que ouvem (Gilbert e Murphy, 2004; National Institute on Aging, 2011).

As alterações ao nível sensorial encontram-se na base de outras alterações que ocorrem com o processo de envelhecimento, como alterações cognitivas, sociais e psicomotoras (Cancela, 2007; Juhel, 2010), sendo a Qualidade de Vida posta em causa pelas alterações sensoriais que advêm do processo de envelhecimento (Lamas e Paúl, 2013).

Conhecidas as alterações fisiológicas, de seguida serão apresentadas as alterações cognitivas que advêm do processo de envelhecimento.

1.3 Alterações Cognitivas

As alterações ao nível cognitivo devem-se à deterioração das células nervosas e à diminuição da transmissão de impulsos entre as mesmas (Pereira, 2004). Estes aspetos podem advir da falta de estimulação ou de doenças específicas que alteram o funcionamento destes processos (Pereira, 2004). Segundo Jiménez e Garcia (2011) verificam-se alterações nas capacidades cognitivas ao nível da memória, atenção, percepção, orientação e tempo de reação.

Assim, com o processo de envelhecimento, verifica-se uma diminuição na velocidade de processamento da informação, um maior tempo de reação e um menor nível de concentração na realização das tarefas complexas, i.e. tarefas que necessitam de incorporar diferentes tipos de informação simultaneamente (Juhel, 2010; Pereira, 2004).

A memória a longo prazo, com o processo de envelhecimento, geralmente não é afetada, contudo a memória a curto prazo e a memória de trabalho apresentam alterações com este processo (Juhel, 2010; Marquié e Isingrini, 2001; Nunes, 2009). Devido ao comprometimento da memória de trabalho com o processo de envelhecimento, o idoso apresenta algumas dificuldades na aquisição de novos conhecimentos (Juhel, 2010), pois as aquisições tornam-se mais lentas e a correção e os reajustes da resposta são mais complexos (Pereira, 2004). Os idosos apresentam maiores dificuldades na evocação dos conhecimentos armazenados e um aumento no tempo para a tomada de decisão (Juhel, 2010; Marquié e Isingrini, 2001).

As alterações cognitivas, tais como a atenção e memória, causam um grande impacto na qualidade de vida dos idosos (Aubert e Albaret, 2001), mas não impedem o seu desempenho, desde que o ambiente e as atividades lhes sejam familiares (Juhel, 2010).

Segundo a APA (2013) com o processo de demência verifica-se alterações ao nível cognitivo. Pois, os indivíduos com PNC apresentam alterações cognitivas, i.e., défices de atenção, dificuldades na autorregulação e alterações nas funções executivas (APA, 2000; Ramos, Dib e Wright, 2013).

Assim, na fase leve da Doença de Alzheimer verificam-se dificuldades na memória e na aprendizagem, e também se pode verificar dificuldades nas funções executivas (APA, 2013). Na fase major verifica-se dificuldades ao nível visuoespacial/perceptivo-motor e na linguagem (APA, 2013). A cognição social e a memória processual tendem a manter-se preservada ao longo do tempo (APA, 2013).

Conhecidas as alterações ao nível da cognição, serão apresentadas de seguida as alterações que ocorrem ao nível socio-afetivo.

1.4 Alterações Socio-Afetivas

As alterações que provêm do processo de envelhecimento influenciam a componente psicológico e social do idoso (Siqueira, 2007), implicando assim uma adaptação e alteração na vida quotidiana, no que diz respeito às mudanças de rotina, alterações no estado de saúde, perda de pessoas próximas e entrada na reforma (Costa, 2005; Paúl, 2005). Apesar de cada indivíduo reagir às alterações de uma forma distinta, pode verificar-se o isolamento e a perda de relações sociais (Costa, 2005; Costa, Miguel e Pimenta, 2007; Juhel, 2010).

O envelhecimento é marcado, pela alteração dos papéis sociais (Menezes, Lopes e Azevedo, 2009), pois com o passar do tempo os idosos apresentam uma diminuição na participação social, levando ao isolamento (Costa et al., 2007). Tal facto deve-se ao sentimento de inutilidade e de desvalorização, sentimento de tédio, atitudes e comportamentos depressivos, perturbações relativas ao autoconceito e imagem corporal (Costa et al., 2007; Gallauhe e Ozmun, 2005).

Tendo em conta as alterações é necessário que o idoso faça algumas adaptações (Martín, 2007). A entrada na reforma causa um conjunto de mudanças, nomeadamente a nível social, que requer o desempenho de novos papéis sociais (Duarte et al., 2005; Ferreira, 2006). Pois, o idoso fica com mais tempo livre e não dispõem de

responsabilidades laborais, acabando por perder oportunidades e limitando os seus contactos sociais (Osório, 2007).

Segundo Juhel (2010) as relações sociais podem ser influenciadas pelo plano afetivo. Assim, o mesmo autor refere que é importante manter os amigos e uma atividade social ativa, pois segundo Street (2007), Charles e Carstensen (2010) e Caldas (2003) o relacionamento social com o outro é muito importante para manter um bem-estar físico e psicológico, conferindo-lhe uma maior funcionalidade afetiva, reduzindo as situações de isolamento e melhora a qualidade de vida. Pois as alterações socio-afetivas estão relacionadas com perdas, separações, solidão isolamento e marginalização social (Martins, 2003).

Segundo Charles e Carstensen (2010) no processo de envelhecimento é fundamental a qualidade da relação e não a quantidade de relações. Assim, é importante promover a autonomia pessoal e o sentimento de pertença a uma sociedade, evitar o afastamento social, diminuir a dependência da família e da sociedade, adaptando-se a novos papéis sociais e novas funções a desempenhar na sociedade (Martín, 2007).

Nos processos de demência, devido ao comprometimento cognitivo, verifica-se alterações no comportamento social e na motivação do indivíduo, descontrole emocional, alterações na ansiedade que podem levar ao isolamento e depressão, alterações de humor, podendo em casos mais avançados da demência verificar-se comportamentos inadequados como a agressividade e a apatia (Hilion, 2015; Juhel, 2010; WHO, 2015).

Segundo a APA (2000) verificam-se alterações sociais nas pessoas com Demência Vascular.

Para além das alterações apresentadas também são visíveis com o processo de envelhecimento alterações psicomotoras. Assim, de seguida serão apresentadas estas alterações.

1.5 Alterações Psicomotoras

Algumas das alterações que decorrem do processo de envelhecimento citadas anteriormente encontram-se intimamente relacionadas com as alterações ao nível psicomotor (Aubert e Albaret, 2001). Assim, Juhel (2010) e Jiménez e Garcia (2011) o processo de envelhecimento leva a alterações ao nível dos fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, esquema-corporal, organização espacial e temporal e motricidade global e fina.

Ao nível da **Tonicidade** verifica-se movimentos descontrolados, descoordenados, rápidos e bruscos, tanto ao nível distal como proximal (Fonseca, 2001a). O mesmo autor refere ainda que se verifica uma menor extensibilidade e uma *rigidez paratónica* ao nível dos membros. Também se verifica uma diminuição dos mecanismos de referência e vigilância propriocetiva (Fonseca, 2001a). Assim, pode verificar-se hipo ou hipertonidade (Juhel, 2010). O mesmo autor acrescenta que a respiração também sofre alterações com o processo de envelhecimento, pois deixa de ser controlada e consciente.

Como já foi referido anteriormente as capacidades sensoriais influenciam o equilíbrio, pois o equilíbrio requer fatores intrínsecos e extrínsecos na sua manutenção (Aubert e Albaret, 2001). Posto isto, com o processo de envelhecimento verifica-se algumas dificuldades no **equilíbrio**, uma menor capacidade de gerir a postura face à força da gravidade que vai influenciar a coordenação motora e o número de oscilações (Barreiros, 2006; Juhel, 2010).

Verifica-se mais desequilíbrios quando o idoso executa duas tarefas em simultâneo e quando ocorre alterações de postura, i.e., a alteração do posicionamento do corpo altera o centro de gravidade e consequentemente o equilíbrio (Juhel, 2010; Pereira, 2004). Como defesa às perdas de equilíbrio ocorre um enrijecimento dos músculos (Juhel, 2010).

Assim, ao nível do **equilíbrio estático** verifica-se alterações quer em apoio bipodal ou unipodal, dado que se verifica um aumento da frequência e amplitude das oscilações no plano vertical e ântero-posterior do centro de gravidade (Aubert e Albaret, 2001; Modera, 2005). Com o processo de envelhecimento também se verifica alterações ao nível do **equilíbrio dinâmico**, que se podem dever a perda de força muscular, vertigens e a riscos inerentes à superfície de deslocamento ou então às dificuldades de processamento de informação, que levam a tempos de reação desadequados, podendo aumentar o risco de quedas (Aubert e Albaret, 2001; Barreiros, 2006).

Segundo Juhel (2010) com o passar dos anos a imagem corporal altera-se, e.g. devido a um desvio na coluna. Dadas estas alterações corporais verifica-se uma degradação do **esquema corporal** (Juhel, 2010; Modera, 2005). Os mesmos autores acrescentam ainda que a alteração do esquema corporal também se pode dever a perda de sensibilidade e à diminuição do equilíbrio. A autoestima encontra-se intimamente ligada com estes aspetos corporais, assim a autoestima e a perceção corporal afetam a imagem corporal (Juhel, 2010).

A **orientação espacial** segundo Aubert e Albarret (2001) e Juhel (2010) sofre alterações com o envelhecimento. Dado que a principal referência é o EU corporal, quando o esquema corporal está alterado verificam-se dificuldades ao nível da orientação espacial (Fonseca, 2010; Juhel, 2010). Tendo em conta a perda de noção espacial, da orientação espacial em espaços amplos e desconhecidos e a diminuição da velocidade e integração espacial, vão ocorrer alterações na capacidade de movimento e de locomoção do idoso (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010).

Segundo Juhel (2010) verificam-se alterações na **estruturação temporal** ao nível da consciência do momento, da noção de simultaneidade e sucessão/sequência de acontecimentos e do ritmo. Pereira (2004) refere que os idosos apresentam tempos de resposta mais lentos, mais especificamente no ritmo, que irá condicionar a organização da ação. Assim, a estruturação temporal encontra-se ligada às questões da memória, pois encontra-se interligada com as experiências vividas e codificadas na memória do idoso (Juhel, 2010).

A **motricidade global** é uma área bastante afetada pelo processo de envelhecimento, especialmente na coordenação de movimentos rápidos (Aubert e Albaret, 2001). As principais causas das alterações a este nível são a diminuição do tempo de reação, a falta de coordenação, a perda de massa e força muscular, a diminuição da flexibilidade e da elasticidade e a diminuição da amplitude articular (Aubert e Albaret, 2001; Juhel, 2010). Juhel (2010) acrescenta como fatores impulsionadores a representação mental do movimento do esquema corporal, a orientação espacial e temporal e a perceção visual.

Ao nível da **motricidade fina** verifica-se perda de sensibilidade principalmente nas extremidades (Juhel, 2010), verificando-se movimentos finos cada vez mais trémulos e inseguros (Fonseca, 2001a). Aubert e Albaret (2001) acrescentam que com o processo de envelhecimento se verifica dificuldades na pega polegar indicador, o que leva a problemas de controlo da força na escrita, verificando-se perda de amplitude dos movimentos de pinça de precisão. Este aspeto coloca em causa atividades de cariz mais minucioso como a pega de pequenos objetos e a diferenciação de texturas (Aubert e Albaret, 2001).

Segundo Rodriguez (2002) um dos aspetos que se encontra mais afetado com o processo de envelhecimento é a agilidade do movimento, que é agravado pelo processo de demência.

Na Doença de Parkinson verifica-se alterações psicomotoras ao nível da coordenação motora, especialmente nos movimentos assimétricos, dificuldades na correção do movimento, aumento do tempo de execução das ações e ainda alterações na marcha, sendo esta mais arrastada, menos fluida e menos segura (Aubert e Albaret, 2001). Os mesmos autores referem ainda que a marcha apresenta ausência ou limitação do balanceamento dos braços, o que potencia a perda de equilíbrio e maior risco de queda.

Na Doença de Alzheimer verifica-se limitações ao nível das praxias que levam a problemas tónicos (Aubert e Albaret, 2001). Segundo os mesmos autores também se verifica dificuldades ao nível das capacidades de representação gráfica e estruturação espacial, diminuição das capacidades de organização do movimento em função de um objetivo final, com consequências nas AVD, dificuldades ao nível da escrita com o surgimento de trocas na ordem ou omissão de letras e palavras, dificuldades no alinhamento das letras e palavras do texto. Verifica-se ainda uma desadequação na força e precisão do traço e alterações ao nível da atenção com dificuldades tanto maiores quanto a densidade de informação que deve ser focada (Aubert e Albaret, 2001).

Também se verificam alterações no comportamento nos indivíduos com Doença de Alzheimer, tornam-se mais impulsivos, verifica-se agitação motora, deambulação sem motivo aparente e perturbações gnósicas, i.e., aumento das dificuldades no reconhecimento de sons, pessoas, objetos e para cumprir e compreender instruções (Aubert e Albaret, 2001). Segundo Rodriguez (2002) esta PNC leva a alterações no padrão de marcha e no equilíbrio estático e dinâmico.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000) e Ramos e colaboradores (2013) as pessoas com PNC vascular apresentam instabilidade na marcha, exageros nos reflexos, disfasia, dispraxia, agnosia e também lentidão psicomotora.

Foram descritas algumas alterações que advêm do processo de envelhecimento normal e patológico. Assim, pode verificar-se que ocorrem alterações ao nível fisiológico e biológico, sensorial, cognitivo, social e psicomotor. De seguida será descrita a intervenção psicomotricidade como meio de colmatar algumas destas alterações, promovendo a qualidade de vida e a autonomia do idoso.

2 Intervenção Psicomotora no Envelhecimento

A Psicomotricidade é definida como o campo multidisciplinar que estuda e investiga a relação e a influência do psiquismo e da motricidade no ser humano, tendo em conta uma visão holística, i.e., o corpo e o psíquico complementam-se (Fonseca, 2001b, 2004; Martins, 2001). Assim, a motricidade e o corpo são um meio de comunicação entre o ser humano e o meio envolvente, integrando assim, as funções cognitivas, emocionais, corporais e simbólicas na capacidade de ser e agir do indivíduo, tendo em conta o contexto psicossocial em que este se encontra (Fonseca 2001b, 2004, 2006; Martins, 2001)

A Intervenção Psicomotora dirige-se a todas as faixas etárias e pode ser prestada a três níveis: preventivo, educativo e reeducativo/terapêutico, tendo em conta a população e os objetivos delineados (Morais, Novais e Mateus, 2005; Rodriguez, 2002). Ao nível preventivo pretende estimular e desenvolver as competências sociais, ao nível educativo pretende promover o desenvolvimento psicomotor e potenciar a aprendizagem e ao nível reeducativo/terapêutico pretende adaptar o indivíduo, com um desenvolvimento comprometido, às suas alterações motoras, psicológicas, afetivas ou cognitivas (Morais, 2007; Moraes et al., 2005).

Assim, a Intervenção Psicomotora permite ao indivíduo conhecer-se a si próprio e ao meio que o rodeia, privilegiando a qualidade da relação afetivo-emocional e baseando-se em sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo, organização espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2001a; Martins, 2001).

A intervenção psicomotora no idoso pretende satisfazer as necessidades fundamentais para favorecer o funcionamento e a adaptação ao processo de envelhecimento (Juhel, 2010). Pereira (2004) acrescenta que este tipo de intervenção pretende valorizar as capacidades existentes e explorar outras, permitindo assim ao idoso a recriação do corpo através de experiências de sucesso que lhe causem prazer, aumentando as capacidades pessoais, as capacidades de interação e as capacidades comunitárias. Assim, a intervenção psicomotora no idoso pretende aumentar a funcionalidade e a independência nas AVD e aumentar o seu nível psicoafectivo, i.e. autoestima e motivação (González, 2001). Para além disto o autor refere que a intervenção psicomotora leva a melhorias na socialização.

A intervenção psicomotora com idosos deve contribuir para um envelhecimento melhor, acrescentando a qualidade à quantidade, uma vez que promove um aumento da sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, tendo sempre em vista o indivíduo como um todo (Pereira, 2004).

O corpo é o meio de ação que permite ao idoso vivenciar e integrar, elaborar e reelaborar um conjunto de experiências passadas e presentes, que tem em conta as alterações que advém do processo de envelhecimento (Pereira, 2004).

Assim, no processo de intervenção psicomotora com idosos, o técnico deve gerir e mediar aspetos relacionados com a distância e a proximidade, as interações entre géneros e a exploração corporal, para evitar o desconforto e se permitir a integração de diferentes experiências, para que o idoso consiga ver o corpo como fonte de prazer (Pereira, 2004). A intervenção psicomotora deve ser realizada num ambiente estável e com o mínimo de alterações (Juhel, 2010).

A intervenção psicomotora com idosos denomina-se Gerontopsicomotricidade e pretende trabalhar aspetos ligados com as atividades percetivovisuais e capacidades relacionais (González, 2001). A relaxação, as formas dinâmicas e originais ao nível da estimulação vestibular, a vivência de atividades de equilíbrio estático e dinâmico, as atividades lúdicas e de ativação global de atenção, observação e memória, as atividades de integração somatognosica, de simbolização e de semiotização do corpo, bem como as explorações visuomotoras sequencializadas no espaço e no ritmo, são situações de elaboração e planificação praxica importantes (Fonseca, 2001a; Juhel, 2010).

Segundo González (2001) a intervenção psicomotora nos idosos pretende melhorar o estado emocional e a sua qualidade de vida, mantendo assim uma visão mais positiva do estado de saúde e uma melhora integração social. Segundo Pereira (2004) a intervenção contribui para um melhor envelhecimento, promovendo o aumento das capacidades funcionais, autonomia e qualidade de vida, vendo sempre o indivíduo como um todo.

O psicomotricista necessita saber as características de cada quadro clínico para que a intervenção vá ao encontro das necessidades de cada indivíduo, podendo trabalhar a um nível multidisciplinar (Rodriguez, 2002).

Segundo Rodriguez (2002) a intervenção psicomotora com pessoas com demência deve ter como objetivos a gestão de défices cognitivos, a aceitação da vida atual, principalmente na fase inicial da doença, reduzindo a sua ansiedade e promover a

autonomia. Para além disto, o terapeuta deve proporcionar momentos de prazer através do movimento, tendo em conta as limitações de cada um, incentivar a socialização e as relações com os colegas, melhorar os problemas psicomotores, principalmente o equilíbrio e o controle postural (Rodriguez, 2002).

A intervenção psicomotora pretende trabalhar aspetos motores, cognitivos, afetivos e sociais, contudo nos pacientes com demência é difícil aceder aos aspetos motores, devido às alterações da idade e às dificuldades provenientes do quadro demencial (Rodriguez, 2002). Assim, o técnico deve apresentar tarefas simples com instruções concretas que não exijam um ritmo de execução acelerado, não causando cansaço físico nem cognitivo (Rodriguez, 2002).

A duração ideal de sessão é de 30 a 45 minutos e o grupo deve ter de 10 a 12 pessoas (Rodriguez, 2002). Contudo, deve diminuir-se o tempo de sessão e o número de participantes tendo em conta as dificuldades apresentadas (Rodriguez, 2002). Em indivíduos com dificuldades cognitivas acentuadas a intervenção deve ser individual ou em grupos de 2-3 pessoas (Rodriguez, 2002).

As atividades devem ser programadas tendo em conta as características do grupo e devendo ter um nível de dificuldade, que a maioria dos participantes consiga realizar, sem grande esforço (Rodriguez, 2002). O mesmo autor refere que a mesma atividade pode trabalhar diferentes objetivos em simultâneo.

As sessões também devem promover a reeducação das funções cognitivas e os aspetos sociais, tendo em conta as normas de convivência, a coesão do grupo, as habilidades sociais e afetivas como a motivação e autoestima (Rodriguez, 2002).

Segundo Rodriguez (2002) a sessão é composta por três partes: o início que é composto pelo ritual de entrada e atividades de orientação para a realidade; o núcleo que é composto por atividades psicomotoras que pretendem alcançar os objetivos delineados; na parte final será feita uma reflexão acerca da sessão e expressão dos seus sentimentos. Esta reflexão pode ser feita verbalmente ou através de representações (Rodriguez, 2002). Tendo em conta o comprometimento cognitivo dos participantes na reflexão a resposta pode ser sempre sim, podendo a sessão terminar com um ritual de finalização (Rodriguez, 2002).

Os materiais utilizados na sessão devem ser de fácil manipulação, familiares e não muito sofisticados (Rodriguez, 2002). Assim, podem ser utilizados materiais clássicos, como bolas, bastões... pois o importante é a criatividade e a capacidade de

simbolização (Rodriguez, 2002). Segundo o mesmo autor também podem ser utilizados cartolinas coloridas, cartões de diferentes categorias semânticas, instrumentos musicais de percussão e materiais de diferentes texturas.

A música de fundo ou de suporte à atividade é muito importante e facilita o trabalho, devendo ser utilizadas músicas que lhes são familiares e que tenham uma melodia bem definida (Rodriguez, 2002). Segundo o mesmo autor não é aconselhado a utilização de música vocal que os participantes não possam cantar.

Segundo Vázquez e Mila (2014) a intervenção com idosos com Doença de Alzheimer deve basear-se nos seguintes objetivos: atrasar a deterioração das capacidades cognitivas, capacitando-o; encontrar estratégias que minimizem as dificuldades funcionais do dia-a-dia; controlar os níveis de ansiedade e angústia que advém das mudanças provocadas por esta PNC e manter as relações sociais. Segundo os mesmos autores as sessões devem reduzir possíveis perturbações psíquicas e comportamentais associadas à demência, utilizando um plano flexível e dinâmico, tendo em conta as características individuais e a evolução da doença.

Assim, deve-se trabalhar os aspetos cognitivo, emocional, motor e social em simultâneo, utilizando tarefas simples para evitar frustração (Vázquez e Mila, 2014). Para além disto, Hilion (2015) refere que se deve trabalhar a comunicação não-verbal e valorizar o corpo, com o intuito de manter as relações sociais, trabalhar a estimulação sensorial e instrumental para permitir aos idosos consciencializar os objetivos e reforçar a sua identidade. Rodriguez (2002) acrescenta que se deve trabalhar a coordenação, o equilíbrio e a marcha aliados aos conteúdos cognitivos, atenção, memória, funções executivas, orientação espaço-temporal e esquema corporal (Vázquez e Mila, 2014). Também se deve fomentar a troca de experiências entre os idosos e realizar atividades de destreza manual e representação das experiências que surgem da sessão (Vázquez e Mila, 2014).

Após pesquisa bibliográfica acerca da Demência Vascular e Doença de Parkinson não foi possível encontrar evidências documentadas acerca dos benefícios da Gerontopsicomotricidade nestes subtipos de PNC. Contudo, tendo em conta que se verifica alterações psicomotoras nestes subtipos de PNC, é nossa convicção que é importante realizar atividades que vão ao encontro das capacidades que são deterioradas pelo processo de envelhecimento.

Conhecidas as alterações que advêm do processo de envelhecimento e a forma como a Gerontopsicomotricidade pode atuar para colmatar algumas das dificuldades psicomotoras provenientes do processo de envelhecimento, é importante descrever a avaliação. Pois o processo de intervenção inicia-se com o processo de avaliação, que permite conhecer o indivíduo e delinear os objetivos e estratégias de intervenção. Assim, de seguida será descrita a avaliação para a Intervenção Psicomotora.

2.1 Avaliação para a Intervenção Psicomotora

Segundo Pitteri (2004) todos os processos de intervenção devem ter por base uma avaliação inicial, pois a partir desta é possível estabelecer objetivos adequados que permitam a toma de decisão acerca da intervenção. Assim, a avaliação possibilita a criação de estratégias fundamentais para a resolução de problemas, essenciais à criação de um plano terapêutico.

A intervenção psicomotora pretende avaliar as capacidades psicomotoras, percebendo o indivíduo como um todo e considerando-o um ser especial que se relaciona (Loureiro, 2011 e Pitteri, 2004). As capacidades psicomotoras são avaliadas através dos comportamentos, atitudes, ações e interações nos diferentes contextos (Pitteri, 2004).

A avaliação psicomotora para Pitteri (2004) consiste na observação dos aspetos neuromotores, sensoriomotores, orientação espaço-temporal, a consciencialização corporal que o indivíduo tem do seu corpo e os aspetos psicoafetivos. Contudo Soubiran e Coste (1975) descrevem a avaliação psicomotora como uma análise das capacidades sensoriais, práxicas, quinestésicas e relacionais. Saint-Cast (2004) refere que os psicomotricistas utilizam a observação psicomotora como processo de avaliação, contudo é fundamental a utilização de instrumentos para recolher informação qualitativa e quantitativa, para definir o perfil psicomotor do idoso e delinear os objetivos de intervenção (Loureiro, 2011).

Assim, a avaliação psicomotora do idoso deve ter em conta as capacidades que o indivíduo apresenta e perceber a evolução do processo de envelhecimento (Loureiro, 2011). Deve avaliar-se o seu comportamento nos diferentes contextos, as funções mentais, relacionais e funcionais e perceber se existem alterações neuropsicológicas (Loureiro, 2011).

Tendo em conta os objetivos da intervenção psicomotricidade e uma vez que esta se centra no indivíduo como um todo, é importante avaliar diversas áreas no idoso, para consequente intervenção, sendo desta forma utilizados instrumentos específicos de

alguns domínios/áreas. Em alguns casos é relevante avaliar a autonomia, a cognição, a funcionalidade, a qualidade de vida, o equilíbrio e uma parte mais emocional/afetiva (Araújo, 2013; Michel, Soppelsa e Albaret, 2010; Pitteri, 2004; Saint-Cast, 2004).

O *Exame GerontoPsicomotor* é exemplo de um instrumento que pretende avaliar os aspetos psicomotores do idoso (Michel, Soppelsa e Albaret, 2010). Também são exemplos de instrumentos de avaliação o índice de *Barthel*, *Lowtan* e *Graffar* e o *Mini Mental State Examination*. Estes instrumentos de avaliação encontram-se descritos, mais a frente, neste relatório.

Após a revisão de literatura acerca das alterações que advêm do processo de envelhecimento e a explicitação da importância da Gerontopsicomotricidade como terapia para melhorar e colmatar estas dificuldades, que serviram de base à intervenção psicomotora no local de estágio, será descrita toda a prática profissional que decorreu na Casa dos Professores em Carcavelos. Assim, inicialmente será apresentado o local onde decorreu o estágio e posteriormente será descrita a intervenção psicomotora neste local e apresentadas duas análises de caso.

Realização da Prática Profissional

A *Casa dos Professores em Carcavelos* é uma residência sénior que pertence à Associação de Solidariedade Social dos Professores (ASSP), gerida pela dependência hierárquica da Delegação Distrital de Lisboa (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.). Sendo assim, inicialmente será feita uma breve descrição da ASSP, onde serão enfatizados os seus objetivos e a sua organização, e posteriormente será descrita, com maior pormenor, a *Casa dos Professores em Carcavelos*, local onde decorreu o estágio de aprofundamento de competências profissionais. Sempre que falarmos de *Casa dos Professores*, estamo-nos a referir à organização específica que se localiza em Carcavelos.

1 Associação de Solidariedade Social dos Professores

A ASSP foi fundada em 21 de maio de 1981 e tem como finalidade a prestação de serviços de natureza social, humanitária e cultural aos seus associados e familiares (ASSP, 2012a; Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.), sendo assim considerada juridicamente uma Instituição Privada de Solidariedade Social. Esta associação encontra-se registada como pessoa coletiva de direitos privados e sem fins lucrativos (ASSP, 2012b).

Esta associação rege-se por princípios, sendo eles a independência relativamente ao estado, partidos, instituições religiosas, organizações sindicais e outras; a democracia e participação dos seus associados no seu funcionamento; e a defesa solidária da qualidade de vida dos associados (ASSP, 2012b).

Os principais objetivos da ASSP são proteger e integrar os idosos na comunidade; desenvolver atividades promotoras de cultura, formação e realização social; promoção do apoio às famílias, tal como a promoção de outros apoios em situações de carência social e individual. Estes objetivos são concretizados através da construção de residências e centros de apoio integrado; criação de centros de convívio e de atividades diversas, tal como, a implementação de um conjunto de programas de atividades socioculturais. Para além disto, a associação apresenta acordos com instituições sociais e empresas de prestação de serviços (ASSP, 2012b). Assim, os serviços e atividades proporcionadas pela ASSP são Residências Sénior - Casas do Professor - que se encontram sediadas em Lisboa, Porto, Setúbal e Aveiro; Estadias Temporárias; Acordos e protocolos, promovendo assim serviços adicionais na área da saúde, bem-estar, lazer, formação e

comércio; e desenvolve atividades socioculturais de promoção cultural, convívio e formação pessoal (ASSP, 2012c).

Em relação à sua organização, a ASSP atua num âmbito nacional, estando sediada em Lisboa e organiza-se funcionalmente em delegações distritais e regionais que abrangem quase todos os distritos Continentais e Insulares (ASSP, 2012b). Dado que esta associação se organiza a nível nacional e regional/distrital possui órgãos gerentes em ambos os níveis, tal como se pode observar na figura 1.

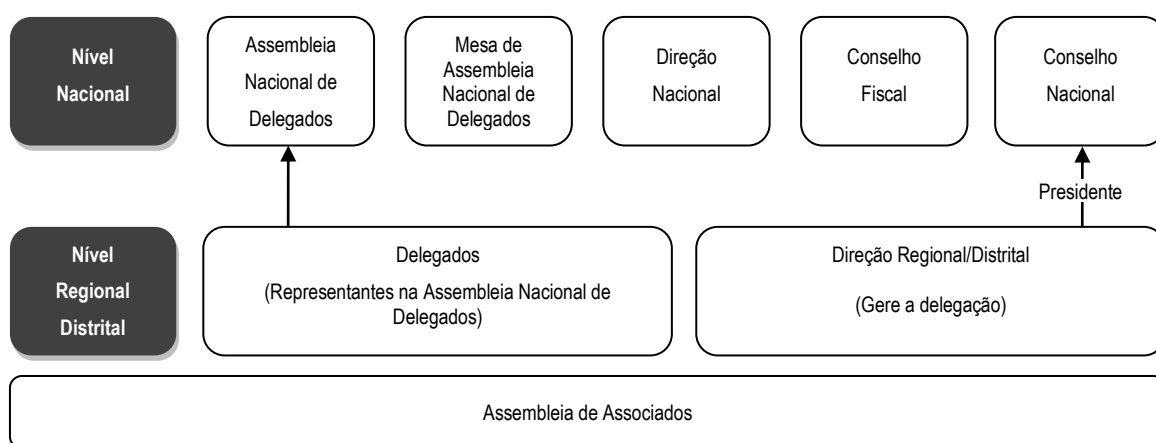


Figura 1 – Organograma da ASSP (baseado em ASSP, 2012b)

As delegações distritais ou regionais congregam associados residentes nas respetivas áreas, sendo que as delegações regionais pertencem às regiões autónomas da Madeira e dos Açores e as distritais pertencem a: Algarve; Aveiro; Beja; Coimbra; Évora; Guimarães; Leiria; Lisboa; Portalegre; Porto; Santarém; Setúbal e Viseu. Contudo, estas delegações funcionam como estruturas organizacionais e operacionais intermedias entre a direção nacional e os associados (ASSP, 2012c).

1.1 Casa dos Professores em Carcavelos.

A *Casa dos Professores em Carcavelos* é uma residência sénior que permite o alojamento, saúde e lazer dos residentes (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.). Esta residência situa-se em Carcavelos, concelho de Cascais e funciona num edifício próprio na Rua Pedro Álvares Cabral, n.º 150 Carcavelos, 2775-615 Carcavelos (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

O principal objetivo da Casa dos Professores em Carcavelos é prestar apoio social aos residentes associados da ASSP, em particular aos da delegação de Lisboa, proporcionando-lhes um ambiente calmo e humanizado e um conjunto diversificado de

serviços que permite a promoção do seu bem-estar, segurança e Qualidade de Vida. Também pretende dinamizar atividades no âmbito sociocultural, recreativas e ocupacionais que visem a promoção e manutenção das capacidades cognitivas e motoras dos residentes (Regulamento Interno, s.d.).

Em seguida será caracterizada a *Casa dos Professores em Carcavelos*, mais detalhadamente, sendo que toda a informação que não tem indicação da fonte fez parte da fase inicial de observação e recolha de informações por parte da estagiária.

1.1.1 Missão e valores.

A missão da Casa dos Professores em Carcavelos prende-se com a promoção de serviços com um grau de elevada de qualidade, tendo sempre por base a adaptação dos mesmos às necessidades dos residentes. Para além disto, esta residência pretende impulsionar e contribuir para um envelhecimento saudável e ativo (Manual de Acolhimento, s.d.).

Esta residência tem por base alguns valores, sendo eles o companheirismo em todos os dias, a amizade nas atitudes, o respeito por todos, o carinho nos gestos, a alegria no rosto, a veracidade nas palavras, a elegância nas ações, a lealdade nos princípios, o orgulho nas ações e comportamentos e ainda a solidariedade entre todos (Manual de Acolhimento, s.d.).

1.1.2 Funcionamento da Instituição

A residência encontra-se aberta 24 horas diárias, contudo a direção técnica e os serviços administrativos funcionam de segunda a sexta-feira entre as 9 e as 17 horas (Manual de Acolhimento, s.d.). As visitas são permitidas, todos os dias, no período entre as 14:30 e 18:30 horas (Manual de Acolhimento, s.d.). Em relação ao horário das refeições, o pequeno-almoço é servido entre as 8:30 e as 9:30 horas, o período de almoço inicia-se às 12:30 horas e termina às 13:30 horas. O lanche da tarde tem a duração de uma hora, iniciando-se às 16 horas. Para além destas refeições ainda é servido o jantar e a ceia, entre as 19 e 20 horas e entre as 22 e as 22:30 horas respetivamente (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

Os residentes podem entrar e sair livremente da Residência, desde que avisem previamente, excetuando os casos sinalizados pelo médico da residência ou indicações contrárias por parte do familiar responsável (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

1.1.3 Admissão

A admissão à Casa dos Professores em Carcavelos baseia-se em diversos critérios, sendo eles a antiguidade de associado à ASSP; terem residência no Concelho de Cascais; ter necessidade de assistência comprovada e inexistência de família de retaguarda. Para além disto tem-se também em conta as necessidades do associado e as capacidades de resposta da residência (Regulamento Interno, s.d.).

Para poder efetuar a candidatar a uma das vagas nesta instituição é necessário ser associado efetivo da ASSP à pelo menos um ano e para os associados extraordinários é necessário serem-no há mais de três anos (Regulamento Interno, s.d.).

1.1.4 Espaço Físico.

O edifício da Casa dos Professores em Carcavelos é composto por dois pisos, sendo que no rés-do-chão se encontra a cozinha e o refeitório, a biblioteca e a sala de estar. Para além disto também se encontra o gabinete médico e o de enfermagem, o gabinete da administração, a sala de reuniões, a sala de atividades, o gabinete da diretora técnica, a receção, os quartos individuais e casas de banho. No piso superior encontra-se uma sala de estar, o balneário e a copa dos funcionários, a lavandaria, o espaço de meditação e os quartos duplos.

A residência compreende 13 quartos individuais e 13 quartos duplos, com casa de banho privativa (Regulamento Interno, s.d.).

No espaço envolvente ao edifício observa-se jardins com relva, flores e árvores e uma horta biológica com um conjunto de plantas, que são utilizadas na confeção da alimentação dos residentes da casa.

1.1.5 Acessibilidade.

Em relação à acessibilidade, observa-se que a residência sénior da ASSP é bastante acessível quer nos espaços interiores quer exteriores, sendo o chão plano e existindo elevador de grandes dimensões entre os dois pisos. No espaço exterior o chão também é plano e quando necessário existem rampas de acesso aos espaços quer interiores quer exteriores, com desníveis adequados. Os estores são elétricos para facilitar o seu fecho e abertura. Contudo as luzes não estão dispostas no local/forma mais correto, tornando-se os espaços um pouco escuros. Pois estas estão dispostas nas paredes laterais e dirigidas para o teto. Para além disto as portas de entrada são bastante pesadas o que as torna difíceis de abrir, exigindo alguma força.

Também se observa que as casas de banho estão completamente equipadas para pessoas com deficiência, i.e., barras laterais..., mas os corredores não apresentam corrimão.

A nível de acessos verifica-se que a residência fica a 5 minutos da estação de comboio, contudo o caminho não é o melhor, sendo estreito e de terra batida. Quem apresenta dificuldades tem que vir pelo passeio, dando uma volta um pouco maior, demorando assim cerca de 15 minutos. Para além disto os passeios não têm rampas diminuindo assim a acessibilidade. No local onde se encontra a residência não passam transportes públicos.

1.1.6 População

A residência tem a capacidade para 39 residentes, contudo neste momento apenas se encontram preenchidas 37 vagas, sendo os residentes 3 do género masculino e os restantes do género feminino, e têm idades compreendidas entre os 70 e os 98 anos, tal como defendido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014).

1.1.7 Serviços/Valências.

Os serviços prestados nesta residência passam pelo alojamento, a alimentação, em pensão completa, cuidados de higiene, serviço de lavandaria, cuidados médicos e de enfermagem, animação sociocultural e um espaço destinado à meditação e reflexão (Manual de Acolhimento, s.d.; Regulamento Interno, s.d.).

Os outros serviços não mencionados, tais como o serviço de cabeleireiro, reabilitação ou fisioterapia, análises clínicas, medicação, fraldas e consultas de especialidade, serão serviços complementares realizados no exterior, com marcação prévia (Regulamento Interno, s.d.).

O serviço de fisioterapia decorre três vezes por semana (manhãs de segundas, quartas e sextas), no edifício da cruz vermelha, na parede, sendo o transporte proporcionado por esta entidade. Já o serviço de cabeleireiro decorre à sexta-feira na residência, tal como defendido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014).

1.1.8 Equipa técnica.

A equipa técnica desta instituição é recente e de pequenas dimensões, pois é composta pela Diretora Técnica, por um Assistente Social e uma Educadora Social em regime de estágio profissional apoiado pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional e um

médico e dois enfermeiros, a tempo parcial, em regime de recibos verdes, tal como defendido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014).

1.1.9 Atividades promovidas na casa.

Esta instituição pretende oferecer aos residentes um leque alargado e variado de atividades que vão de encontro às necessidades, desejos e interesses dos residentes, promovendo o bem-estar psicossocial dos mesmos (Manual de Acolhimento, s.d.). A residência preocupasse com a autonomização dos residentes nas atividades de ocupação e lazer, pois estas são desenvolvidas e geridas pelos próprios, tendo em conta que existe a oferta das condições necessárias para a concretização das mesmas (Manual de Acolhimento, s.d.).

Tendo em conta estas preocupações, as atividades proporcionadas são a biblioteca/espço de leitura; atelier de jardinagem, atelier de costura; jograis e jogos florais; Caminhadas; Sessões de Cinema; Jornal da Casa (Manual de Acolhimento, s.d.). Estas atividades são proporcionadas pela equipa de voluntariado que promove diversas atividades calendarizadas mensalmente com frequência semanal como mostra a Tabela 1. Para além disto existe atividades no âmbito da animação sociocultural/ocupacional, promovidas pela Educadora Social que também são planeadas mensalmente, tal como defendido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014). Os planos mensais são afixados junto à receção para que todos tenham acesso e participem nas atividades, tal como defendido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014).

Tabela 1 - Atividades propostas pelo Voluntariado e Educadora Social

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
11:00-12:30				Piano	
12:30-13:30					
13:30-14:30					
14:30-15:00	Inglês		Artes Plásticas		
15:00-16:00					
16:00-17:00					
17:00-18:00		Canto Comum	Música, Vozes e Instrumentos	Dinâmicas de Grupo	Reflexão Religiosa
18:00-19:00					

A Participação nas atividades é livre, podendo os residentes decidirem se o querem ou não fazer, tal como a frequência nos diferentes espaços, aspeto referido por M. M. Rosário (comunicação pessoal, 18 novembro, 2014).

1.1.10 Intervenção psicomotora na Casa dos Professores.

Devido à não existência de intervenção psicomotora no local, inicialmente existiu um período de conhecimento quer dos residentes, quer da dinâmica da casa. Neste período, que teve mais ou menos a duração de 1 mês, foi dado a conhecer a intervenção psicomotora aos residentes e técnicos e o que se pretendia fazer, através do diálogo e uma sessão de esclarecimento (Anexo A).

Posteriormente procedeu-se às avaliações psicomotoras dos residentes. Após estas avaliações, iniciou-se o processo de intervenção quer grupal quer individual. As sessões de psicomotricidade eram distribuídas no tempo como mostra a tabela 2.

Para chegar ao horário apresentado foram feitas algumas experiências para estudar o melhor horário, para cada tipo de atividade, tendo em conta os participantes.

Tabela 2 - Horário

Horário	2.ª Feira	3.ª Feira	4.ª Feira	5.ª Feira
09h30 às 10h00	Planeamentos			
10h00 às 11h00		Sessão de PM aberta	Grupo 1	Sessão de PM aberta
11h00 às 12h00				
12h00 às 12h30				
12h30 às 13h30	ALMOÇO e convívio com os residentes			
13h30 às 14h00	Acompanhamento individual 2	Acompanhamento individual 1		Acompanhamento individual 1
14h00 às 15h00				
15h00 às 16h00	Grupo 1		Acompanhamento individual 2	
16h00 às 16h30	Registos			

Tendo em conta a o esquema apresentado, verifica-se a existência de sessões individuais e de grupo formados a partir dos resultados da avaliação e a existência de sessões de grupo abertas a todos os residentes. Estas últimas foram implementadas devido à dinâmica/filosofia da casa e também ao perfil autónomo da maioria dos residentes. Não foram avaliados todos os residentes, tendo sido tida em conta a decisão de cada um. Contudo houve residentes sinalizados, para a avaliação, pela Diretora Técnica, numa reunião, devido à verificação da existência de dificuldades cognitivas e/ou motoras.

O Grupo 1 é composto por cinco residentes autónomos sem défices cognitivos nem patologias associadas. Os casos acompanhados individualmente apresentam diagnóstico de demência.

As sessões foram implementadas nos espaços existentes considerados mais adequados, pois as sessões abertas decorreram na biblioteca (Figura 2), num espaço amplo, utilizado um pouco como multifunções e as sessões de grupo e individuais foram desenvolvidas na sala de atividades (Figura 3) ou na sala de reuniões (Figura 4). As salas são compostas por uma mesa e algumas cadeiras.



Figura 2 – Biblioteca

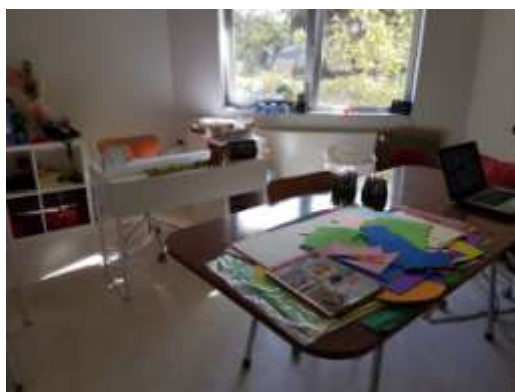


Figura 3 - Sala de Atividades



Figura 4 - Sala de Reuniões

Normalmente não se realizavam reuniões de equipa. Contudo ocorrem reuniões, pontualmente, para a atualização dos planos individuais, dado que a equipa multidisciplinar ainda se encontra em construção.

A intervenção iniciou-se com o processo de recolha de informação formal, através de instrumentos específicos e informal através de observação. Assim, de seguida será descrita a intervenção psicomotora e os instrumentos utilizados.

O **Exame Geronto-Psicomotor (EGP)** é um instrumento de avaliação psicomotor que se utiliza no despiste e para ajudar no esclarecimento de diagnósticos estabelecidos (Michel, Soppelsa e Albaret, 2010; Morais, Fiúza, Santos e Lebre, 2012). O EGP é composto por 52 itens, agrupados em 17 domínios que têm em consideração aspetos qualitativos e quantitativos (Michel et al. 2010).

Segundo Michel e colaboradores (2010) este pretende avaliar, através de várias atividades, os seguintes domínios: equilíbrio estático e dinâmico; mobilização articular dos membros superiores e inferiores; motricidade fina dos membros inferiores e superiores; conhecimento das partes do corpo; vigilância; memória preceptiva e verbal; domínio espacial e temporal; perceção; e comunicação.

Os domínios são pontuados de um a seis, sendo o seis o melhor desempenho do residente nas diferentes atividades (Michel et al., 2010).

Para aumentar a quantidade de informação recolhida nas diferentes áreas utiliza-se como instrumentos complementares o índice de *Barthel*, *Lowtan* e *Graffar* e o *Mini Mental State Examination*.

O índice de *Barthel* permite avaliar a autonomia do sujeito nas atividades básicas do quotidiano, sendo aplicado através de observação direta e/ou questionando ao indivíduo. Este não necessita de material e é de fácil e rápida aplicação (Mahoney e Barthel, 1965 cit. in Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

O índice de *Lowtan* é composto por 7 domínios e pretende avaliar o nível de independência do geronte nas capacidades instrumentais, sendo assim de fácil e rápida aplicação (Lawton e Brody, 1969).

A escala de *Graffar* pretende avaliar as condições socioeconómicas do indivíduo, identificar a sua classe social e tirar conclusões de possíveis alterações psicossociais e prevenir condições de risco ao nível psicossocial (Graffar, 1956 cit. in Figueiredo, 2009).

O *Mini Mental State Examination* pretende avaliar domínios como a orientação, a retenção de informação, o cálculo e atenção, a nomeação/evocação, a repetição, a compreensão ao nível da linguagem, a leitura, a escrita e o desenho (Cockrell e Folstein, 2002). Segundo os mesmos autores é um teste de fácil aplicação que não permite fazer diagnósticos clínicos, mas é utilizado para se perceber a existência ou não de défices cognitivos do indivíduo.

1.1.11 Procedimentos éticos.

Os nomes dos residentes presentes neste relatório são fictícios e para que os resultados fossem apresentados neste trabalho de âmbito pedagógico, inicialmente foram explicados os procedimentos e a finalidade da recolha de informação e pedido que o próprio ou o seu tutor, tendo em conta as suas capacidades cognitivas, assina-se um consentimento informado (Anexo B).

Assim, de seguida serão apresentados dois estudos de caso, um individual e outro grupal. Posteriormente serão descritos sucintamente outros casos acompanhados e a participação em outras atividades dinamizadas na casa, no decorrer do estágio.

1.2 Análise de caso individual

A D. Rita (nome fictício) nasceu a 24 de setembro de 1925, tendo à data do início da intervenção 89 anos. Nasceu em Lisboa, trabalhou como escriturária administrativa. É viúva e tem uma filha que a visita regularmente. Reside na casa desde o dia 25 de setembro de 2012, num quarto duplo.

No ato de entrada na casa foi referido que a D. Rita tem um diagnóstico de Doença de Parkinson, desde 1998. Para além disto, apresenta Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* latrogénica, Cardiopatia Isquémica e Dislipidémia. Em 2012 teve uma Cistite Aguda, o que levou ao internamento hospitalar e em 2014 teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC) de etiologia indeterminada. Posteriormente fez cirurgia a Neoplasia mamária esquerda e Histerectomia. Por vezes demonstra-se um pouco ansiosa com a vinda da filha, apresentando algumas chamadas de atenção.

Tem sessões de fisioterapia três vezes por semana na Cruz Vermelha na Parede e participa em algumas das atividades dinamizadas na casa, principalmente nas de música. Apresenta interesse em cinema e teatro e usa como tecnologias de apoio óculos progressivos.

1.2.1 Enquadramento da Patologia.

Observa-se que a D. Rita apresenta problemas principalmente, ao nível da marcha, do equilíbrio, da tonicidade e da fala. Assim, como se verifica na literatura os indivíduos com Doença de Parkinson apresentam inicialmente dificuldades motoras e posteriormente dificuldades cognitivas (APA, 2013). Contudo, a residente apresenta algumas dificuldades cognitivas como é de esperar no processo demencial (APA, 2013). Estas alterações cognitivas podem provir da Doença de Parkinson ou do AVC (APA, 2013).

A D. Rita, como se refere na literatura apresenta bradicinesia, rigidez e modificação postural (Dias et al., 2013). Contudo esta não apresenta tremores que segundo Dias e colaboradores (2013) são característicos da Doença de Parkinson. Devido às alterações musculares também se verifica alterações ao nível da fala, como refere Dias e colaboradores (2013). Assim, de acordo com a literatura a D. Rita apresenta-se hipertónica principalmente nas extremidades e tem dificuldades na execução dos movimentos passivos e ativos.

A D. Rita apresenta uma postura conforme a descrita na literatura, i.e. cabeça fletida tronco inclinado para a frente e flexão das articulações dos joelhos, quadris e cotovelos (Dias et al., 2013). A D. Rita também apresenta dificuldades psicomotoras na coordenação motora, na correção do movimento, aumento do tempo de execução das ações e ainda alterações na marcha, sendo esta mais arrastada, menos fluida, menos segura e sem balanceamento dos braços que altera o equilíbrio, como é referido na literatura (Aubert e Albaret, 2001). Para além disto o arrastar dos pés também é característico do seu padrão de marcha.

A nível sensorial, fisiológico e social não se verificam grandes alterações, podendo estas alterações provir do processo de envelhecimento normal.

Após ter conhecimento dos antecedentes pessoais e de serem descritas as suas características foi feita uma avaliação psicomotora inicial com o EGP, da qual se pode verificar os resultados apresentados de seguida.

1.2.2 Avaliação Inicial.

O EGP foi aplicado no dia 14 de outubro de 2014, da parte da manhã, e a aplicação teve a duração de 60 minutos. A residente apresentava-se bem-disposta, mas inicialmente pouco cooperante e um pouco confusa por ser algo desconhecido. Contudo, realizou as atividades com empenho e interesse.

Foram aplicadas todas as atividades propostas, pela ordem sugerida no protocolo e não foi feita qualquer paragem. Foi pedido à própria e à sua tutora que assinassem o termo de responsabilidade.

Tendo em conta o perfil psicomotor descrito na Figura 5 a D. Rita apresenta áreas fortes e áreas menos fortes.

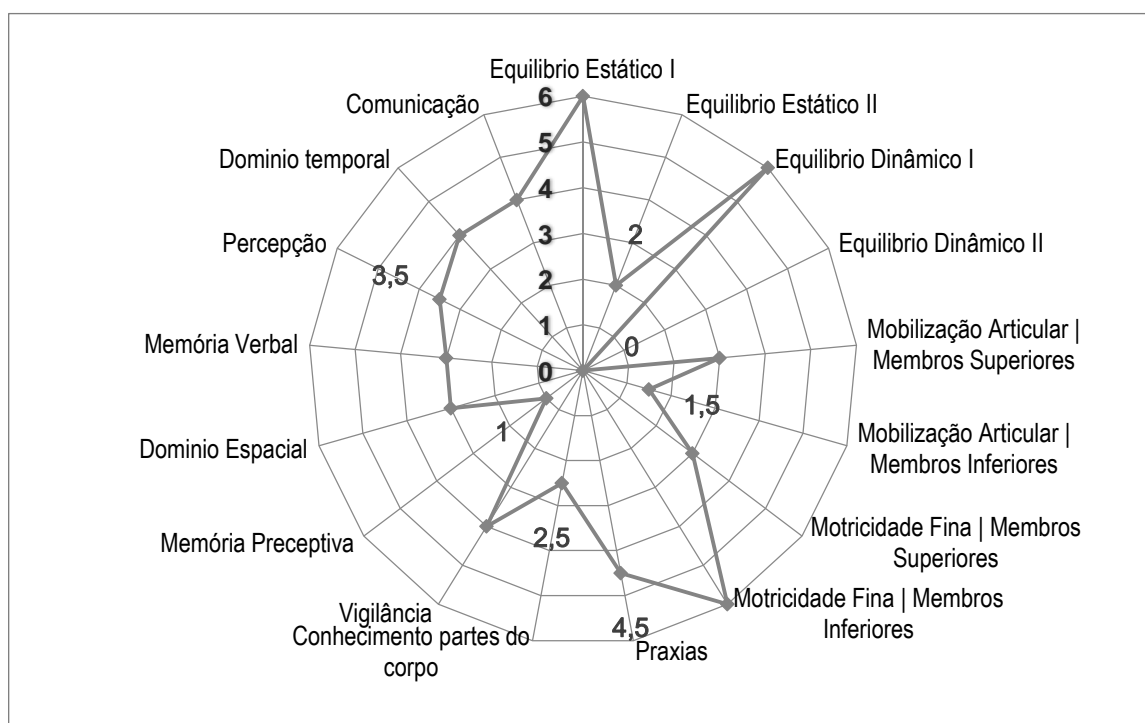


Figura 5 - Perfil Psicomotor D. Rita (Avaliação inicial EGP)

Assim, pode verificar-se que a residente Rita apresenta como áreas fortes o **Equilíbrio Estático e Dinâmico I** e a **Motricidade Fina dos Membros Inferiores** e como áreas menos fortes **Equilíbrio Estático e Dinâmico II**, **Mobilidade Articular dos Membros Inferiores**, **Conhecimento das partes do Corpo** e **Memória Preceptiva**. As restantes áreas são áreas intermédias.

1.2.3 Fases de intervenção Psicomotora.

Tendo em conta a informação recolhida verifica-se a importância da intervenção psicomotora. Assim, foram definidos objetivos (Anexo C) ao nível do **equilíbrio**, das **funções tónico-motoras**, **esquema corporal**, **noções espaciais**, **motricidade fina**, **atenção e concentração**, das **capacidades mnésicas**, da **linguagem** e das **gnosias**.

A intervenção começou no dia 5 de janeiro de 2015 e terminou no dia 28 de maio de 2015, sendo definidos objetivos a médio prazo para 5 meses numa intervenção

bissemanal, num total de 40 sessões. As sessões decorreram à terça e quinta entre as 13:30 e as 15:00, tendo estas a duração de 45 minutos. A planificação das atividades para atingir os objetivos era semanal e as sessões foram realizadas na sala de reuniões ou na sala de atividades.

Os objetivos baseiam-se nas áreas menos fortes, contudo as atividades devem ser planeadas tendo em conta as áreas fortes, os interesses e as características do indivíduo para não gerar frustração nem desinteresse/ desmotivação. As sessões apresentam um padrão comum, iniciando-se com uma conversa e com a orientação para a realidade. Posteriormente são realizadas as atividades que vão ao encontro dos objetivos delineados. Para terminar é realizada uma atividade de retorno à calma e uma representação/reflexão das atividades realizadas ao longo da sessão.

Assim, para a D. Rita foram elaborados os objetivos apresentados de seguida. Ao nível da **equilíbrio** pretendeu-se melhorar o padrão de marcha e o equilíbrio com uma menor base de sustentação. Estes objetivos pretendem ser trabalhados com base no jogo da estátua, percursos com desníveis e solos diferenciados e da marcha condicionada. Este objetivo foi trabalhado ao longo dos cinco meses, uma vez por semana.

Ao nível das **funções tónico-motoras** pretendeu-se trabalhar o acesso à passividade, o controle dos movimentos e da respiração e a adequação do estado tónico à atividade, utilizando técnicas de relaxação e respiração e da mobilização dos segmentos corporais de uma forma passiva e ativa. Dado que as funções tónicas são a base dos fatores psicomotores e que devido a Doença de Parkinson este aspeto encontra-se bastante afetado, este objetivo foi trabalhado durante os cinco meses em todas as sessões.

Também foram trabalhados aspetos relacionados com o **esquema corporal**, postura, nomeação das partes do corpo e a dissociação de movimento, através da imitação de movimentos, mobilização articular após instrução verbal, nomeação e identificação das partes do corpo, técnicas de relaxação e puzzles com o corpo humano. Estes aspetos encontram-se relacionados com a tonicidade e também foram trabalhados em todas as sessões durante os cinco meses.

Nas **noções espaciais** trabalhou-se a estruturação rítmica, a orientação e deslocação no espaço através de técnicas de sequencialização de ações, repetição de estruturas rítmicas, atividades de orientação para a realidade, elaboração de mapas,

divisão em partes iguais e sequências de deslocamentos. Dado que as noções espaciais têm por base outros aspetos apenas foram trabalhados nos últimos dois meses.

Para além destes aspetos também foi trabalhado nos últimos dois meses as questões de **motricidade fina** através de controlo dos movimentos finos com atividades de mobilização ativa, labirintos, cópia de figuras, moldagem em plasticina, atividades de contorno, atividades enfiamentos, twist com dedos, construções com blocos e estimulação sensorial.

Ao nível **cognitivo** foram trabalhados durante os cinco meses aspetos relacionados com a atenção e concentração, as capacidades mnésicas, competências da linguagem e gnósias. Inicialmente trabalhou-se os aspetos mais relacionados com a atenção e concentração e posteriormente os restantes. Assim, para trabalhar a memória verbal e preceptiva, os aspetos de atenção e concentração na tarefa, a linguagem verbal e a associação entre objeto e palavra, foram utilizadas atividades de focalização da atenção, jogos cognitivos, observação de pormenores, jogo do intruso, jogos de memória e associação, atividades de repetição e evocação, repetição de palavras, reconhecimento de imagens e sua descrição. A linguagem foi um objetivo definido tendo em conta a observação direta dado que a comunicação, no EGP, não é uma área menos forte.

Por fim, também foram trabalhados os aspetos **socioafetivos** durante todas as sessões através da relação terapêutica e de atividades de autorregulação, minimizando o isolamento e a ansiedade.

Após ter sido apresentado o processo de intervenção, seguidamente serão apresentados os dados da avaliação final em comparação com a avaliação inicial, tentando assim perceber os efeitos da intervenção psicomotora nesta residente.

1.2.4 Avaliação Final.

A Avaliação psicomotora final decorreu na sala de reuniões no dia 2 de junho de 2015 da parte da manhã e teve a duração de 50 min. A D. Rita estava bem-disposta, participativa e cooperante. O protocolo foi aplicado pela ordem proposta e não foram feitas quaisquer paragens. Assim, verificaram-se os seguintes resultados na avaliação inicial e final como mostra na Figura 6.

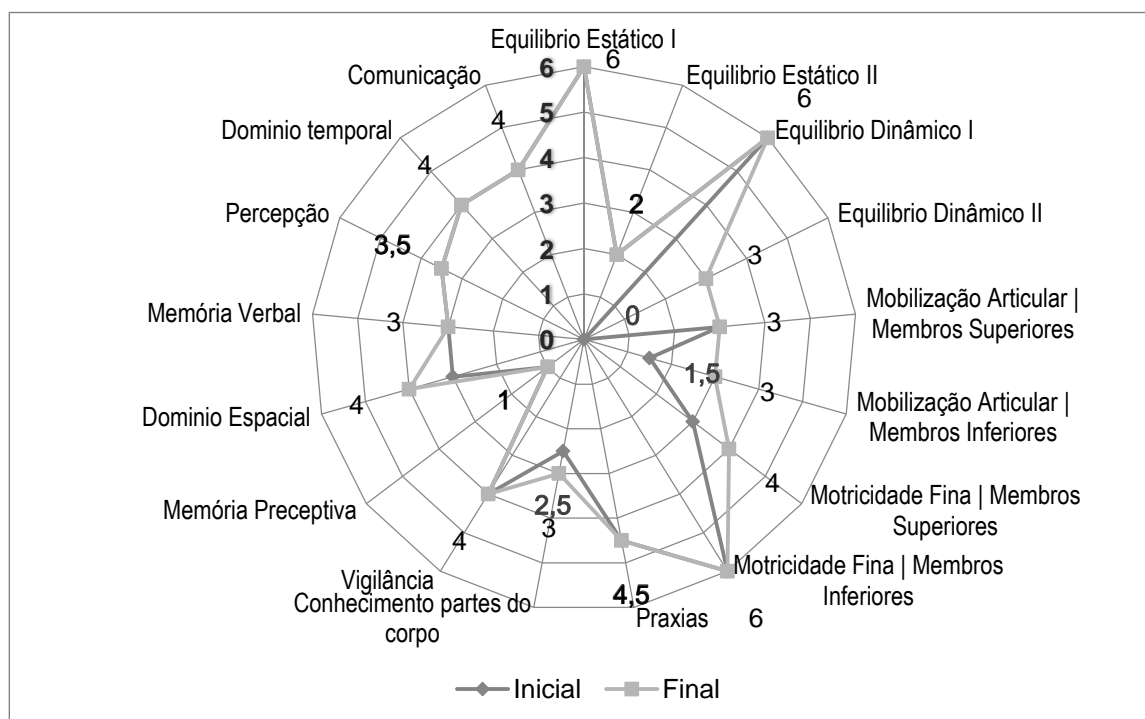


Figura 6 - Perfil Psicomotor D. Rita (Avaliação inicial e final EGP)

Tendo em conta o gráfico consegue perceber-se que não se verificam grandes alterações, mantendo-se a cotação na maioria dos domínios. Verificando-se assim alterações ao nível do **equilíbrio dinâmico II**, da **mobilidade articular dos membros inferiores**, **motricidade fina dos membros superiores**, no **conhecimento das partes do corpo** e no **domínio espacial**.

Assim, a D. Rita teve a cotação máxima em ambas as avaliações no equilíbrio estático I, pois manteve-se em pé sem apoio. Ao nível do equilíbrio estático II em ambas as avaliações, verificou-se a equilibração na ponta dos pés e em apoio unipodal com ajuda, mas não conseguiu manter-se na ponta de um pé com ou sem ajuda, tendo assim a cotação de dois. No equilíbrio dinâmico I verifica-se a cotação máxima, pois executou o percurso sem ajuda. Ao nível do equilíbrio dinâmico II, na avaliação inicial esta não realizou as tarefas, cotado assim com zero, mas na avaliação final realizou a marcha acelerada tendo assim a cotação de três. Verificando-se o arrastar dos pés enquanto marcha, em ambas as avaliações.

A mobilização articular dos membros inferiores e superiores na avaliação final foi cotada com três, dado que realizou com sucesso a mobilização ativa, contudo não atingiu a passividade. Na avaliação inicial, a articulação dos membros superiores também foi

cotada com três, mas a dos inferiores tinha sido cotada com um e meio, dado que não atingiu a passividade e apresentou dificuldades na mobilização ativa do tornozelo e da anca. Verificando-se assim melhorias ao nível da mobilização articular dos membros inferiores.

Na motricidade fina dos membros inferiores em ambas as avaliações a D. Rita apresentou cotação máxima, contudo na motricidade fina dos membros superiores verificou-se melhorias ao nível do tamborilar. Pois na avaliação inicial teve a cotação de três e na final quatro. Na avaliação final conseguiu tamborilar com ambas as mãos num sentido, aspeto que não se tinha verificado na avaliação inicial.

Ao nível das praxias não se verificam alterações entre a avaliação final e inicial, sendo ambas cotadas com quatro, pois esta apresenta dificuldades em algumas pantomimas e na cópia de figuras.

No que diz respeito às partes do corpo a residente apresentou algumas melhorias pois na avaliação inicial teve dois e meio e na final três, tendo conseguido identificar um maior número de partes do corpo ausentes.

Na vigilância não se verificaram alterações, tendo sido cotada em ambas as avaliações com quatro. Apresentando dificuldades na identificação das cores e apanhar o cubo.

Ao nível da memória precetiva não se verifica alterações, contudo é um aspeto onde a residente apresenta algumas dificuldades, tendo sido cotado como um em ambas as avaliações.

No Domínio espacial verificaram-se algumas melhorias na divisão das linhas e na orientação, melhorando a cotação neste domínio de três para quatro.

Ao nível da memória verbal, da perceção, domínio temporal e comunicação não se verificam alterações sendo cotadas com três, três e meio, quatro e quatro respetivamente.

1.2.5 Análise de Intervenção.

Segundo os resultados obtidos e as características da Doença de Parkinson verifica-se que a intervenção psicomotora apresenta alguns benefícios e permite a manutenção das capacidades existentes. Não existe literatura que suporte os benefícios da intervenção psicomotora na Doença de Parkinson. Contudo, verifica-se melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico, da mobilidade articular, da motricidade fina, no conhecimento das

partes do corpo e no domínio espacial. Estas melhorias vão ao encontro dos objetivos psicomotores delineados, e as restantes áreas foram mantidas.

Ao nível da marcha mantem-se o padrão descrito pelos autores, i.e. tronco inclinado à frente, flexão da cabeça e das articulações dos joelhos, quadris e cotovelos (Aubert e Albaret, 2001; Dias, et al., 2013). E continua a arrastar os pés durante a marcha.

Segundo Pereira (2004) a intervenção ao nível psicomotor também apresenta como objetivo melhorar a perceção que o geronte apresenta do seu esquema corporal e da sua autoimagem, sendo que a concentração do geronte nos seus movimentos melhora a sua noção do esquema corporal, daí verificar-se melhorias com esta intervenção no reconhecimento das partes do corpo.

Ao nível do equilíbrio a intervenção psicomotora passa principalmente pela estimulação do equilíbrio dinâmico, pois este é o mais utilizado ao nível do dia-a-dia e o que desencadeia mais problemas (Pereira, 2004). Verificando-se assim benefícios a este nível, neste estudo de caso.

Também se verifica melhorias na mobilização articular, pois verifica-se uma menor rigidez tónica e inflexibilidade dos músculos. O padrão de fala mantem-se.

1.2.6 Reflexão crítica.

A intervenção com a D. Rita correu bem, participando ativamente nas atividades, contudo por vezes era necessário alguns estímulos motivacionais para ir para a sessão. Após a saída da sala de estar e entrada na sala terapêutica realizava todas as tarefas propostas.

Devido aos seus problemas motores e dado que tinha algumas capacidades cognitivas a intervenção e a planificação eram desafiantes, pois as atividades tinham de ser muito bem pensadas para que não fossem desmotivantes nem frustrantes.

As atividades em que apresentava maiores dificuldades eram as realizadas de pé necessitando sempre de apoio e supervisão. Para além disso verificou-se a importância da diminuição de estímulos na sessão para não promover distrações.

1.3 Análise de Caso de Grupo

No estudo de caso de grupo foi feita uma avaliação inicial e final com o EGP, de modo a poder fazer uma comparação acerca dos benefícios da intervenção psicomotora neste grupo. Para além disto foram consultados os planos individuais aplicados pelo Assistente Social.

O Grupo é constituído por cinco residentes sem qualquer tipo de perturbação neurocognitiva, um do género masculino, o Joaquim (nome fictício) e os restantes do género feminino, a Elisabete, a Manuela, a Cristina e a Antonieta (nomes fictícios).

O Sr. Joaquim nasceu em Ferreira do Alentejo, distrito de Beja a 24 de janeiro de 1934, tendo à data do início da intervenção 80 anos. Tirou o curso de Professor Primário no magistério, tendo lecionado na área de Lisboa. É divorciado e tem dois filhos. Entrou na casa aquando da sua abertura, 24 de setembro de 2012, por decisão própria e encontra-se num quarto individual. Usa óculos e aparelhos auditivos e é autónomo nas AVD. Gosta de teatro, ler e ouvir música. Participa nas atividades dinamizadas na casa e em algumas no exterior, pois é bastante autónomo e sai todos os dias ao exterior, indo frequentemente almoçar com os seus filhos a Lisboa. A nível clínico o Sr. Joaquim teve cancro na vesícula.

A D. Elisabete nasceu em Nisa, distrito de Portalegre a 10 de março de 1934, tendo 80 anos no início do processo de intervenção. É divorciada e tem quatro filhos, com os quais tem uma relação muito próxima. Tirou licenciatura em Biologia e foi professora nos concelhos de Oeiras e Cascais. Entrou na casa a 17 de novembro de 2014 e partilha o quarto com uma colega. Apresenta problemas ao nível da coluna e utiliza óculos, sendo autónoma nas AVD. Gosta de ler e viajar. Participa em algumas atividades promovidas na casa e é responsável pela venda permanente do voluntariado. Sai todos os dias ao exterior pela manhã para tomar café, sendo uma pessoa autónoma.

A D. Manuela tinha 93 anos no início do processo de intervenção. Nasceu em Castanheiro do Sul, distrito de Viseu a 23 de julho de 1921. Tirou licenciatura em Biologia e posteriormente doutorou-se. A nível profissional deu aulas teórico-práticas no concelho de Cascais. É viúva e tem três filhas, tendo uma melhor relação com duas delas. Entrou na casa a 29 de outubro de 2012 e está num quarto individual. Utiliza bengala, aparelhos auditivos e óculos, contudo é uma pessoa autónoma. Sai todos os dias de manhã para tomar o seu café e comprar o jornal. Participa na maioria das atividades propostas na casa e gosta de teatro e música clássica. A nível clínico apresenta alguns problemas intestinais e tem uma faringite crónica.

A D. Cristina nasceu em 5 de junho de 1932, tendo 82 anos no início do processo de intervenção. É viúva e tem quatro filhos. Foi professora de Físico-química e lecionou em Lisboa e em Angola. Utiliza aparelhos auditivos e óculos progressivos. É autónoma nas AVD e participa em todas as atividades propostas na casa e vai à rua sempre que necessário. É coordenadora do voluntário na casa e foi elemento participante na

formação da ASSP. Entrou na casa a 24 de setembro de 2012 e vive num quarto individual. A nível clínico submeteu-se a algumas cirurgias: encéfalo; vesícula e ovários.

A D. Antonieta nasceu em Abrantes a 22 de julho de 1921, tendo 93 anos no início do processo de intervenção. Tirou o curso de Professora primária no magistério e lecionou em Abrantes. É solteira, mas tem bastante apoio dos sobrinhos. Entrou na casa a 24 de setembro de 2012, e está num quarto individual. É uma pessoa autónoma que sai ao exterior sempre que necessário e participa na maioria das atividades programadas. Está responsável pela dinamização dos serões da casa com jogos e da reflexão religiosa. Utiliza óculos e é uma pessoa saudável, apresentando apenas alguns problemas articulares e alguns desequilíbrios. Gosta de música lírica e clássica, fazer malha e trico, ler e de teatro e cinema.

1.3.1 Enquadramento das Patologias.

Com o processo de envelhecimento verificam-se algumas alterações fisiológicas e biológicas, como se pode constatar nos elementos deste grupo. Pois segundo Martins (2003) o processo de envelhecimento manifesta-se a diferentes níveis: cardiopulmonar; músculo-esquelético; cutâneo; neurológico; sono; função intestinal; função renal e urinária; função hepática e endócrina.

Também se verificam alterações sensoriais, pois todos os participantes utilizam óculos, segundo Aubert e Albaret (2001), Juhel (2010) e Ribeiro e colaboradores (2009) com o processo de envelhecimento verificam-se algumas alterações ao nível da visão. Alguns dos participantes também apresentam problemas auditivos que segundo Aubert e Albaret (2001) e Juhel (2010) também surgem com a idade.

Ao nível cognitivo não se verificam grandes alterações, contudo Jiménez e Garcia (2011) referem que com o processo de envelhecimento se verificam alterações ao nível da memória, atenção, perceção, orientação e tempo de reação, ocorrendo uma diminuição na velocidade de processamento da informação, um maior tempo de reação e um menor nível de concentração na realização das tarefas complexas (Juhel, 2010; Pereira, 2004).

Nas componentes psicomotoras também não se verificam grandes alterações, mas estas também ocorrem no processo de envelhecimento. Segundo Juhel (2010) e Jiménez e Garcia (2011) o processo de envelhecimento leva a alterações ao nível dos fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, esquema-corporal, organização espacial e

temporal e motricidade global e fina. Neste grupo as mais visíveis são ao nível do equilíbrio. Sendo neste grupo o equilíbrio o fator que se verifica mais alterado.

Após ter recolhido alguns dados acerca dos residentes, que compõem o grupo, foi feita uma avaliação com o EGP que será apresentada seguidamente.

1.3.2 Avaliação Inicial.

A avaliação com o EGP, foi individual e decorreu nos dias 21, 23, 27 e 28 de outubro de 2014 de manhã e à tarde. Antes da avaliação foi feita uma descrição sucinta do protocolo e foi assinado o termo de responsabilidade.

Assim, durante a avaliação os participantes demonstraram-se bem-dispostos, cooperantes e interessados. As avaliações demoraram em média 45 minutos e as atividades foram aplicadas na ordem que está descrita no protocolo. A partir das avaliações pode recolher-se a informação que consta na Tabela 3.

Tendo em conta os resultados do grupo não se verifica cotações muito baixas nos diferentes domínios. Contudo pode constatar-se que os domínios em que alguns dos participantes apresentam resultados mais baixos são o equilíbrio estático e dinâmico II a mobilização articular dos membros inferiores e na memória preceptiva e verbal.

1.3.3 Fases de intervenção psicomotora.

Tendo em conta a informação recolhida verifica-se a necessidade de intervenção na manutenção das capacidades psicomotoras tentando assim manter ou melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos participantes. Assim, foram definidos os objetivos presentes no anexo D, para uma intervenção a médio prazo.

A intervenção iniciou-se a 20 de novembro de 2015 e terminou a 28 de maio de 2016 tendo a duração de 6 meses, com uma frequência bissemanal. As sessões decorriam às segundas às 15 horas e as quartas às 10, com a duração de 45 minutos. As sessões foram planeadas semanalmente e foram realizadas na biblioteca.

Assim, tendo em conta os domínios em que alguns dos participantes apresentaram maiores dificuldades trabalhou-se com maior incidência o equilíbrio, os aspetos tónicos e a memória preceptiva e verbal, contudo como a intervenção é de manutenção também foram trabalhados os restantes domínios de uma forma direta ou indireta.

As sessões apresentam estruturas semelhantes, iniciando-se com a orientação para a realidade, mobilização articular, atividades centrais que vão ao encontro dos

objetivos definidos e por fim retorno à calma e reflexão/representação das experiências vivenciadas na sessão. A maioria das atividades foram realizadas sentadas à exceção das atividades que pretendem trabalhar o equilíbrio, contudo quem quisesse poderia realizá-las de pé.

Ao nível **tónico** pretendeu-se adaptar o estado tónico, bem como o acesso à passividade e o controlo da respiração através de consciencialização do movimento, técnicas de relaxação e respiração e identificação das tensões localizadas. Este aspeto foi trabalhado em todas as sessões, diversificando a técnica de intervenção.

Ao nível do **equilíbrio** trabalhou-se a marcha em diferentes contextos, tendo em conta diversos constrangimentos. Também se trabalhou o equilíbrio estático com uma menor base de sustentação. Estes aspetos foram trabalhados no interior e exterior da instituição, conseguindo assim alterações ao nível do pavimento, tendo-se utilizado jogos de estátuas, marcha associada a movimentos e outros constrangimentos. Este objetivo foi trabalhado uma vez por semana, e recorreu-se à cadeira como apoio.

O trabalho da **memória** encontra-se ligado a outras atividades, como por exemplo a cor do bastão ou do balão que utilizaram. Para além disso também é utilizado a associação entre e.g. cores e movimentos.

Os aspetos da lateralidade, a noção de corpo, noção de espaço e tempo, a motricidade global a atenção e concentração, as praxias e gnosias, a linguagem, as funções executivas e a interação social são trabalhados indiretamente através de outras atividades, pois são aspetos que se encontram interligados com os objetivos específicos.

No decorrer da intervenção recorreu-se à dança como intervenção, tendo em conta o gosto dos residentes e dado que esta atividade trabalha um conjunto complexo de aspetos, desde a memória à lateralidade e ao esquema corporal. Este tipo de atividade era utilizado uma vez por semana.

Pontualmente, também foi trabalhado os aspetos relacionados com a força, tendo o auxílio de pesos e bandas elásticas e a motricidade global e fina. Sendo que a motricidade fina foi trabalhada com menor incidência. Na motricidade global pretendeu-se trabalhar a coordenação, através de atividades mais lúdicas.

Após os 6 meses de intervenção aplicou-se novamente o EGP para verificar a eficácia da intervenção. Assim, de seguida serão apresentados os resultados após a intervenção e antes da intervenção para posteriores comparações.

1.3.4 Avaliação Final.

A avaliação final decorreu nos dias 2, 3 e 4 de junho de 2015, de manhã e de tarde. Os participantes encontravam-se bem-dispostos, participativos e cooperantes, tendo-se realizado as tarefas propostas pela ordem do protocolo e sem paragens. As avaliações tiveram em média a duração de 45 min.

Tabela 3 - Avaliação Inicial e Final do Grupo

Domínios	Elisabete		Manuela		Cristina		Antonieta		Joaquim	
	A.I.	A.F.	A.I.	A.F.	A.I.	A.F.	A.I.	A.F.	A.I.	A.F.
Equilíbrio estático I	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Equilíbrio estático II	5	5	3	4	5	5	2	2	6	6
Equilíbrio dinâmico I	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6
Equilíbrio dinâmico II	6	6	0	3	6	6	3	3	6	6
Mobilização articular dos membros superiores	6	6	5	5	6	6	6	6	5	5
Mobilização articular dos membros inferiores	5	5	4	4	6	6	5	5	4	4
Motricidade fina dos membros superiores	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Motricidade fina dos membros inferiores	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Praxias	5,5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Conhecimento das partes do corpo	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Vigilância	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Memória Precetiva	5	5,5	5	5	5,5	6	4	5	5,5	5
Domínio Espacial	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Memória verbal	5	5	4	4	5	6	5	5	5	5
Perceção	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6
Domínio temporal	5,5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Comunicação	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Legenda: A.I. = Avaliação Inicial; A. F. = Avaliação Final

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial e final (tabela 3) pode verificar-se que as capacidades dos intervenientes formam mantidas ou até melhoradas, com exceção do Sr. Joaquim que ao nível da memória precetiva apresentou maiores dificuldades na evocação livre das posições, tendo tido a cotação de cinco e meio na avaliação inicial e cinco na avaliação final.

Ao nível do equilíbrio estático I todos os participantes apresentam a cotação máxima (seis), contudo ao nível do equilíbrio estático II verifica-se algumas dificuldades em manterem-se na ponta de um pé sem apoio, contudo a D. Manuela melhorou a sua prestação, tendo tido a cotação de três na avaliação inicial e quatro na avaliação final. Pois a D. Manuela na avaliação inicial manteve-se na ponta dos pés sem apoio e em apoio unipodal com ajuda e na avaliação final conseguiu manter-se sobre a ponta de um pé com apoio, melhorando assim a sua prestação. A D. Antonieta apresenta algumas

dificuldades equilíbrio tanto na avaliação inicial como final (cotado com dois), não conseguindo manter-se na ponta de um pé nem com ajuda e necessitando de apoio para se colocar em apoio unipodal e na ponta dos pés.

Ao nível do equilíbrio dinâmico I não se verificam grandes dificuldades sendo que a D. Manuela na avaliação final percorreu o percurso sem o auxílio da bengala melhorando a sua cotação de cinco para seis. No equilíbrio dinâmico II não se verificaram grandes alterações, contudo a D. Manuela realizou a marcha acelerada com o auxílio da bengala tendo assim melhorado a sua cotação de zero para três. A D. Antonieta não realizou a corrida tanto na avaliação final como inicial. Em alguns dos casos os participantes realizaram a marcha acelerada num menor período de tempo do que a corrida.

Na mobilização articular não se verificam grandes alterações sendo que a avaliação inicial e final é coincidente e os valores que não estão no máximo devem-se às dificuldades na passividade, principalmente na zona proximal.

Não se verifica dificuldades na motricidade fina, tendo todos os participantes a cotação máxima.

Ao nível das praxias não se verificam grandes dificuldades sendo que a D. Elisabete conseguiu construir a pirâmide com maior velocidade e precisão na avaliação final, tendo assim a cotação máxima.

O conhecimento das partes do corpo, a vigilância e a comunicação encontram-se mantidos em todos os participantes.

Na memória preceptiva e verbal verificam-se algumas dificuldades tendo-se encontrado melhorias com o processo de intervenção a exceção do Sr. Joaquim como já foi referido. Os participantes apresentam algumas dificuldades na rechamada de informação, principalmente quando esta é interferida com outra informação.

Ao nível da percepção a D. Manuela e a D. Antonieta apresentaram dificuldades na estruturação rítmica, sendo cotadas com cinco em ambas as avaliações.

1.3.5 Análise de Intervenção.

Com o processo de envelhecimento verifica-se alterações a diferentes níveis, contudo pode constatar-se que a intervenção psicomotora apresentou benefícios nas prestações dos indivíduos do grupo, tendo em conta os resultados do EGP. Contudo além dos benefícios verificou-se uma manutenção das capacidades existente, pois segundo

Pereira (2004) a intervenção psicomotora pretende valorizar as capacidades existentes e explorar outras, permitindo que o geronte recrear o seu corpo através de experiências de sucesso que lhes causem prazer, aumentando assim as suas capacidades pessoais, de interação e de comunicação.

Ao nível do equilíbrio verificaram-se algumas melhorias, segundo Pereira (2004) a intervenção psicomotora pretende trabalhar principalmente o equilíbrio dinâmico.

Ao nível da tonicidade os resultados mantiveram-se, contudo segundo Juhel (2010) a intervenção psicomotora pretende ensinar o geronte a controlar o seu estado de tensão muscular, gerir as emoções e conhecer-se a si próprio.

Ao nível do espaço e tempo não se verificam grandes dificuldades, segundo Pereira (2004) o geronte deve vivenciar o tempo e o espaço melhorando a adaptação ao meio envolvente.

Não se verificam alterações ao nível da motricidade fina, contudo esta deve ser trabalhada após a motricidade global estar bem consolidada e deve permitir uma maior destreza manual (Juhel, 2010).

Nos aspetos cognitivos verifica-se resultados mais baixos, mas que se mantem com a intervenção, pois com o processo de envelhecimento verifica-se diminuição das capacidades nos aspetos mnésicos como referem Juhel, (2010), Marquié e Isingrini, (2001) e Nunes (2009).

1.3.6 Reflexão crítica.

Tendo em conta o grupo, no processo de intervenção deparei-me com algumas dificuldades. O grupo apresenta a maioria das capacidades mantidas, o que torna difícil a formulação de atividades estimulantes e que não sejam acriançadas. O nível de exigência é bastante elevado e têm uma capacidade de reflexão muito grande.

Para além disto verifica-se algumas lacunas no EGP que não permitem avaliar aspetos importantes no envelhecimento dito normal, sendo algumas atividades demasiado fáceis para a população em causa.

Os participantes apresentavam-se bastante motivados e cooperantes nas atividades, tendo as sessões no geral corrido bastante bem.

Inicialmente era utilizada música de fundo, contudo verificou-se que o desempenho era maior se não houvesse música. Os participantes referem estar mais focados nas instruções dadas, verificando-se assim melhores resultados.

1.4 Outros Casos Acompanhados

Ao longo do período de estágio para além destes casos apresentados anteriormente foram acompanhados mais um caso individual, a D. Lurdes (nome fictício) e as sessões abertas, que como já foi referido, são sessões onde a participação é livre. Assim, de seguida serão descritos sucintamente estes casos.

1.4.1 D. Lurdes.

A D. Lurdes nasceu a 14 de Agosto de 1934 tendo à data de intervenção 80 anos. Esta apresentava um diagnóstico de demência não especificado. Após a avaliação com o EGP apresentou bastantes dificuldades ao nível da memória preceptiva e algumas dificuldades ao nível do equilíbrio dinâmico, Passividade, Vigilância e da Memória verbal. Tendo em conta estas áreas foram delineados os objetivos de intervenção. Contudo após três meses de intervenção teve um AVC que a diminuiu as suas capacidades, tendo sido novamente avaliada e definidos objetivos. Nesta segunda avaliação verificou-se um agravamento das dificuldades quase a todos os níveis, contudo as mais acentuadas verificaram-se ao nível da comunicação, do equilíbrio estático e dinâmico II, da memória preceptiva e da perceção. Após esta segunda avaliação foi reestruturado o processo de intervenção e alteração dos objetivos de intervenção.

1.4.2 Grupo de sessões abertas.

Estas sessões decorriam à terça e quinta-feira no período das 10 às 11 horas e dado a população residente na Casa dos Professores e o exemplo observado na Casa dos Leões tinham duas vertentes, sendo à terça-feira mais relacionadas com a estimulação cognitiva, chamadas de sessões de conhecimento e à quinta-feira com o movimento.

Assim, qualquer residente da casa podia participar nas atividades propostas tendo estas que ser adaptadas no momento tendo em conta as capacidades de cada um.

Nas sessões de conhecimento eram feitas, na maioria das vezes, atividades de mesa, sendo proposto um exercício e cada um resolvia ao seu ritmo. Assim, pretendia-se trabalhar a atenção, a concentração, a memória, a linguagem, as gnosias, as praxias, a estruturação espacial, a linguagem e as funções executivas, através de atividades como por exemplo o jogo do STOP adaptado, atividades temáticas ligadas à história, cultura... cálculo matemático, raciocínio lógico, quebra-cabeças, entre outras.

Estas sessões apresentavam um padrão semelhante, inicialmente ocorria a orientação para a realidades, posteriormente as atividades que vão ao encontro das

áreas que se pretendiam trabalhar através da projeção da mesma na parede e posteriormente para terminar era exposto um quebra-cabeças que podia ser resolvido no momento ou então era corrigido na próxima sessão, dando-lhes algum tempo para debater e resolver o problema. Também era feito o inventário das atividades realizadas na sessão e uma reflexão acerca das mesmas.

Nas sessões de movimento também se verifica um padrão semelhante entre todas, i.e., inicialmente ocorria a orientação para a realidade e posteriormente uma ativação muscular através de mobilizações ativas das diferentes partes do corpo. Posteriormente eram realizadas atividades de coordenação oculo-manual e oculo-podal, equilíbrio, força, estruturação rítmica, memória associada ao movimento, entre outras que pretendem ir ao encontro dos objetivos delineados. Era frequentemente utilizada a música e as coreografias para trabalhar alguns dos objetivos, pois estas permitem trabalhar um conjunto de aspetos em simultâneo, e os residentes apreciam bastante estas atividades.

As atividades na maioria eram feitas sentadas na cadeira ou então de pé mas com auxílio das mesmas. Quem quisesse realizar as atividades de pé também o poderia fazer.

1.5 Outras atividades desenvolvidas na Casa.

Ao longo do estágio foram realizadas outras atividades, geralmente em parceria com educadora social, que o enriqueceram. Estas atividades foram num âmbito mais temático e cultural que decorreram na casa.

- **São Martinho:** nesta data comemorativa foi realizada um conjunto de atividades que pretendiam manter a tradição e troca de experiências. Assim, inicialmente foi lido a lenda de S. Martinho e debatida pelos residentes. Também foram declamados alguns poemas e trocadas algumas experiências. De seguida assou-se as castanhas e bebeu-se a água-pé no convívio entre residentes, técnicos e colaboradores da casa.

- **Festa Culturais:** ao longo do estágio decorreram várias festas culturais alusivas às épocas do ano como é o caso do Natal e da Páscoa. Estas festas apresentam uma parte religiosa, um almoço/lanche convívio e um programa cultural com algumas atividades realizadas pelos residentes, e.g. teatro, declamação de poemas, entre outras. Estas festas permitem o convívio entre residentes, famílias, colaboradores, técnicos, voluntários e associados da ASSP.

- **Idas à praia:** Com o tempo ameno e devido à localização geográfica, ocorreram idas à praia com alguns dos residentes. Estas idas pretendiam o contacto com o exterior.

Assim, o grupo de residentes interessados, com ou sem limitações dirigia-se a pé até ao paredão da praia com o auxílio dos técnicos e colaboradores. No paredão apanhavam sol, viam o mar, tomavam café e próximo da hora de almoço regressava-se à casa.

- **Construção do Carro Patrulha:** A casa participou num concurso dinamizado pela PSP, que tinha como objetivo a construção de um carro patrulha com materiais reciclados. Assim, técnicos, residentes, colaboradores e voluntários construíram um carro que posteriormente esteve em exposição juntamente com os dos restantes participantes.

- **Festas Temáticas:** A casa recebe frequentemente pessoas do exterior para momentos temáticos e também são feitas pequenas comemorações em dias específicos, e.g. no dia do pai, no dia do sorriso. Assim, ao longo do estágio foram vários os momentos de lazer, alguns deles com a participação do Centro Comunitário e da Cruz Vermelha com música e teatro.

- **Idas ao Teatro:** mensalmente os residentes e voluntários que estiverem interessados têm uma ida ao teatro, nas quais se verifica o acompanhamento de alguns técnicos.

2 Criação e Implementação do Serviço de Psicomotricidade na Casa dos Professores

Tendo em conta a não existência do serviço de intervenção psicomotora no local de estágio, neste capítulo será descrito o projeto que serviu de base na implementar deste serviço no local. Assim, inicialmente será descrita a sua pertinência e os seus objetivos. Posteriormente será apresentado a sua organização e as estratégias de intervenção. Para terminar serão apresentados os resultados.

O Projeto teve a duração de um ano letivo, i.e., desde outubro de 2014 a maio de 2015 e tem como público-alvo os gerontes da Casa dos Professores em Carcavelos em processo de envelhecimento normal e patológico. Assim, de seguida será descrito o projeto apresentado à instituição, para a implementação do serviço de intervenção psicomotora como resposta às dificuldades dos seus residentes, provenientes do envelhecimento.

2.1 Pertinência do Projeto

A intervenção psicomotora permite a comunicação entre o ser humano e o meio envolvente, integrando assim as funções cognitivas, emocionais, corporais e simbólicas na capacidade de ser e agir do indivíduo tendo em conta o contexto psicossocial em que este se encontra (Fonseca 2001b, 2004, 2006; Martins, 2001).

Com o processo de envelhecimento verifica-se algumas alterações a diferentes níveis, i.e., biológico, sensorial, cognitivo, social e psicomotor. Assim, a intervenção psicomotora no processo de envelhecimento permite satisfazer as necessidades fundamentais para favorecer o funcionamento e a adaptação ao processo de envelhecimento, através do trabalho a diferentes níveis, i.e. motor, cognitivo, afetivo e social (Juhel, 2010; Rodriguez, 2002).

Assim, a Intervenção Psicomotora pode ser prestada a três níveis: preventivo, educativo e reeducativo/terapêutico, tendo em conta a população e os objetivos delineados (Morais, Novais e Mateus, 2005; Rodriguez, 2002).

A Intervenção Psicomotora permite ao indivíduo conhecer-se a si próprio e ao meio que o rodeia, privilegiando a qualidade da relação afetivo-emocional e baseando-se em sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo, organização espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2001a; Martins, 2001).

A intervenção psicomotora nos idosos deve contribuir para um envelhecimento melhor, pretendendo assim aumentar a funcionalidade, a independência nas atividades de vida diárias, aumentar o nível psicoafectivo e a socialização, melhorar a autonomia e a qualidade de vida do geronte (González, 2001; Pereira, 2004).

No envelhecimento patológico a intervenção psicomotora deve ter como objetivos a gestão de défices cognitivos, a aceitação da vida atual, principalmente na fase inicial da doença, reduzindo a sua ansiedade e promover a autonomia. Assim, deve-se incentivar a socialização e as relações com os colegas, melhorar os problemas psicomotores, principalmente o equilíbrio e o controle postural (Rodriguez, 2002).

Tendo em conta a revisão de literatura pode verificar-se a importância da intervenção psicomotora no processo de envelhecimento normal e patológico, sendo assim pertinente a sua implementação na Casa dos Professores em Carcavelos

2.2 Objetivos do Projeto

Este projeto apresenta como objetivo geral a promoção da Qualidade de Vida e Autonomia dos residentes, através da utilização de atividades psicomotoras. Assim, este serviço apresenta como objetivos específicos manter ou melhorar os aspetos cognitivos, motores, emocionais e sociais dos residentes através das experiências e vivências corporais proporcionadas pelo psicomotricista.

2.3 Organização do Projeto

Antes do início da implementação do projeto serão feitas observações em residências seniores, onde existia o serviço de intervenção psicomotora.

Após observação de outras realidades, deve proceder-se ao conhecimento do espaço e dos participantes. Posteriormente vai ser iniciado os processos de avaliação dos residentes com o EGP e a partir desses resultados será delineada a intervenção em grupo e individual.

Após a organização do tipo de sessões e participantes irão ser delineados os planos de intervenção onde se poderá encontrar os perfis psicomotores e os objetivos organizados nas diferentes áreas e algumas atividades para os atingir.

As sessões serão planeadas semanalmente tendo em conta os objetivos propostos para cada sessão e para cada participante ou grupo. Após a sessão será elaborado um relatório de observação da sessão tendo em conta a performance dos participantes.

Após o processo de intervenção, os participantes serão novamente avaliados com o EGP para se poder avaliar o processo de intervenção, conseguindo assim retirar conclusões acerca da intervenção psicomotora nestes participantes.

O processo de intervenção apresentará como objetivos específicos manter ou melhorar a lateralidade, a imagem e o esquema corporal, a noção espaço-temporal, a praxia fina, a praxia global, a tonicidade, o equilíbrio, a concentração e a atenção, a linguagem, as funções executivas, a memória, as funções gnóstico-práticas e a socialização e relação com o outro. Estes objetivos serão trabalhados de diferentes formas e com durações distintas tendo em conta os participantes e o tipo de sessão.

Para atingir os objetivos serão realizar algumas atividades que necessitam de alguns recursos materiais, i.e., um espaço de intervenção amplo com algumas cadeiras e uma mesa e alguns materiais, e.g. bolas, bastões, canetas, papel, pesos, pinos.

2.4 Estratégias Globais de Intervenção

Para atingir os objetivos, neste projeto foram definidas as seguintes estratégias de intervenção:

- Realizar ações de sensibilização para os residentes e técnicos acerca da intervenção psicomotora;
- Organizar os participantes no processo de intervenção tendo em conta as suas capacidades;
- Adaptar os espaços de intervenção;
- Criar uma relação empática;
- Utilizar tarefas adequadas aos participantes, i.e., nem muito fáceis nem muito difíceis;
- Trabalhar as áreas fortes e do interesse dos participantes para colmatar as áreas menos fortes;
- Complexificar as tarefas conforme a evolução do participante;
- Adaptar as atividades sempre que necessário;
- Diminuir progressivamente as ajudas prestadas.

Dada a aceitação do projeto de implementação da intervenção psicomotora na instituição, de seguida será feito o balanço da sua implementação.

2.5 Implementação e resultados do projeto

O projeto iniciou-se em outubro de 2014 em parceria com uma colega de mestrado que também estava a implementar o serviço no seu local de estágio. Assim, inicialmente foi feita uma sessão de esclarecimento acerca da intervenção psicomotora e do serviço que se pretendia implementar.

Após este esclarecimento existiu um período de conhecimento do espaço e dos residentes e a criação de uma relação com os mesmos. Em simultâneo foram feitas algumas visitas a locais semelhantes ao local de estágio onde existia o serviço, como é o caso da Casa dos Leões em Carnaxide.

Depois do período inicial de conhecimento mútuo dos residentes e das estagiárias, procedeu-se à avaliação dos residentes. As avaliações foram feitas aos residentes que quiseram e aos que foram sinalizados pela Diretora Técnica por apresentarem dificuldades motoras ou cognitivas.

Tendo em conta a dinâmica da casa e os resultados das avaliações os participantes foram organizados pelo tipo de sessões. Pois foram criadas sessões individuais e sessões de grupo. Existiam grupos predeterminados e também foram implementadas sessões abertas. Estas sessões eram pertinentes dadas as capacidades dos residentes e a dinâmica/filosofia da casa, i.e., cada residente apresenta o poder de decisão acerca das atividades em que quer participar.

Após esta organização foram delineados os objetivos para cada intervenção e algumas atividades.

A intervenção decorreu até maio de 2015 e nesta altura procedeu-se novamente à avaliação dos participantes. Contudo verificou-se a participação nas sessões abertas de residentes que não tinham sido avaliados inicialmente, o que dificultou a avaliação do processo de intervenção.

A intervenção abrangeu mais ou menos 75% dos residentes, sendo que os que não foram contemplados deve-se a uma decisão própria.

Com a aplicação deste projeto verifica-se a necessidade de uma equipa multidisciplinar, pois a não existência da mesma dificulta o processo de intervenção e também a importância da parceria com colegas da mesma área, pois a parceria com a

colega facilitou o processo inicial de implementação do projeto tanto na velocidade de arranque como nas ideias e ideologias trocadas, pois duas pessoas apresentam ideias melhores e mais consolidadas do que uma. Apesar de ambas termos conhecimentos teóricos semelhantes e ideias complementares a reflexão crítica e a troca de experiências é muito importante para o crescimento profissional.

Para atingir os objetivos foi necessário alguns recursos materiais e locais apropriados para a intervenção, dos quais o local de estágio não dispunha. Contudo, foram adaptados alguns locais como é o caso da sala de reuniões e atividades e da biblioteca para a realização das sessões e os recursos materiais utilizados nas atividades de sessão foram adquiridos e realizados pela estagiária, após algumas pesquisas.

Contudo, a implementação do projeto foi bem-sucedida dado que a instituição passou a ter na sua equipa técnica um psicomotricista. Para além disto os residentes participaram nas atividades com bastante empenho e referiam a importância da existência destas atividades na casa e que se verificam melhorais e manutenção nas capacidades dos participantes.

Conclusão

Tendo em conta o estágio e a revisão de literatura realizada e apresentada neste documento é importante refletir acerca da importância da intervenção psicomotora no envelhecimento.

Verificar-se que com o de processo de envelhecimento ocorrem alterações a diferentes níveis que põem em causa a autonomia e a qualidade de vida dos gerentes. Assim, a intervenção psicomotora pretende, através de várias técnicas, manter ou melhorar as capacidades de cada indivíduo.

Para além das alterações normais que advêm do processo de envelhecimento, pode verificar-se a associação de algumas doenças que o tornam patológicos e que levam à degradação das capacidades a uma velocidade superior, tornando-se assim muito importante a intervenção psicomotora o mais precoce possível.

As pesquisas e as informações teóricas adquiridas no mestrado permitem uma adaptação da intervenção às características individuais e grupais, fundamentando assim o processo de intervenção.

A intervenção prática em contexto de trabalho permitiu o crescimento enquanto técnica, pois na prática existem outros fatores que não são tidos em conta na teoria. O trabalho do psicomotricista é com pessoas e cada uma apresenta um processo distinto de envelhecimento, verificando-se assim diferentes perfis individuais. Assim, a prática capacita para a adaptação e criação de planos flexíveis pondo em causa a criatividade de cada um.

Para além disto a prática permite por em causa as nossas capacidades pessoais e profissionais, pois trabalhar com idosos é um grande desafio. São pessoas com personalidades formadas das quais não pretendemos aquisição de novos e complexos conhecimentos, apenas se quer a manutenção das capacidades existentes. Pois são pessoas com características diferentes e que têm a sua história de vida com experiências e vivências pessoais.

Torna-se por vezes difícil a intervenção e planificação das atividades, dado que a população da Casa dos Professores é “especial”. São pessoas bastante autónomas e escolarizadas, daí as atividades terem que ser bem pensadas e refletidas para não se tornarem desmotivantes e infantis e não serem com elevado nível de complexidade que causassem frustração. Para além disto as atividades planeadas têm de ser adaptáveis no

momento da intervenção, pois, principalmente nas sessões abertas, existem participantes com diferentes graus de dificuldade.

Houve atividades que correram melhor e outras menos bem, sendo muito importante o grande espírito crítico dos participantes, que permitiu o meu crescimento pessoal e profissional tentando assim fazer mais e melhor.

Tendo em conta a autonomia e participação dos residentes na casa e nos seus problemas, por vezes é difícil a implementação de atividades e o seguimento de um horário planeado principalmente nas sessões individuais. Contudo nas sessões abertas verifica-se a importância da informação e da rotina das sessões.

Nas atividades recorreu-se bastantes vezes à utilização da música, mas a escolha da mesma é sempre um desafio. Contudo da experiência de estágio verificou-se que para música ambiente deve ser apenas instrumental. Quando a música é utilizada para fazer coreografias esta deve ser conhecida e ter um ritmo bem marcado.

Dado que o local de estágio ainda está em processo de crescimento e que apresenta uma equipa técnica pequena e que não ocorrem reuniões de equipa é um pouco difícil refletir acerca da intervenção e ter conhecimento das ideias e ideologias acerca dos utentes, por parte dos outros técnicos. Assim, verifica-se a importância da equipa multidisciplinar. Devido às pequenas dimensões da equipa, verifica-se uma solicitação por parte dos residentes muito grande.

Sempre foram residentes muito participativos e motivados, contudo no início foi necessário a criação de uma relação empática e base de confiança para que os residentes apresentassem uma maior adesão às atividades, verificando-se assim a importância do diálogo e da atenção. Para além disto é muito importante respeitar as decisões de cada um.

O estágio permitiu assim perceber-me a mim e à minha intervenção podendo assim analisa-la. Fez-me testar limites e conhecer-me melhor, fazendo-me assim crescer pessoalmente. Para além disto permitiu perceber e por em causa a intervenção psicomotora nesta população, percebendo assim que esta é muito importante. Para além de uma manutenção das capacidades também se verifica a ocupação e a valorização das capacidades, que por vezes são desvalorizadas. O trabalho em grupo também permite a relação entre colegas que por vezes, em contexto institucional, não é a melhor. A aceitação do outro torna-se difícil, mas a intervenção permite trabalhar estes aspetos.

A intervenção psicomotora vê o indivíduo como um todo e baseia-se no movimento e nas vivências motoras para atingir as capacidades cognitivas e emocionais, contudo na intervenção que decorreu nas sessões abertas verificou-se um pouco a segregação das partes motora e cognitiva. No processo de envelhecimento normal, e dado que não existem outros técnicos a trabalhar estas áreas parece-me pertinente tendo em conta as grandes capacidades e que a maioria dos fatores psicomotores estão intactos à exceção do equilíbrio, esta segregação permite assim atingir outras capacidades, não infantilizando nem facilitando as atividades.

Assim, de modo geral o estágio foi uma parte do percurso académico que permitiu a aquisição de bastantes conhecimentos e que me levou a crescer a diferentes níveis. A implementação do serviço de Psicomotricidade foi um grande desafio, mas levo desta experiência uma grande bagagem, que me torna uma melhor profissional.

Bibliografia

- Aarsland, D. e Ballard, C. (2004). Psychiatric issues in non-Alzheimer dementias. *Clinical Neuroscience Research*, 3(6), 397-412. doi: 10.1016/j.cnr.2004.04.006.
- Alzheimer's Disease International (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Retirado de <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (4th ed.) Washington: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5th ed.) Washington: American Psychiatric Publishing
- Andersen, G. (2012). Aging and Vision: Changes in Function and Performance from Optics to Perception. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science* 3(3), 403-410. Doi: 10.1002/wcs.1167.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/15740>.
- Araújo, R. (2013). *A Avaliação Psicomotora no Geronte* (tese de Mestrado não publicada em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana/ Universidade Técnica de Lisboa. Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2712)
- Associação de Solidariedade Social dos Professores [ASSP] (2012a). Apresentação. Retirado em 28 de outubro de 2014 de <http://www.assp.pt/docs/index.php>
- Associação de Solidariedade Social dos Professores. (2012b). A Associação. Retirado em 28 de Outubro de 2014 de <http://www.assp.pt/docs/index.php?idConteudo=917>
- Associação de Solidariedade Social dos Professores. (2012c). Delegações. Retirado em 28 de Outubro de 2014 de <http://www.assp.pt/docs/index.php?idConteudo=920>
- Aubert, E. e Albaret, J. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille: SOLAL éditeur.
- Balcombe, N. e Sinclair, A. (2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice e Research Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835-849. doi: 10.1053/bega.2001.0244.
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desuso e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. Correia (Eds.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89-104). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana (FMH).
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S. ... e Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de

- Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79. doi: 10.1590/S0004-282X2002000100013.
- Boyce, J. M. e Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate medical journal*, 82(966), 239-241. doi:10.1136/pgmj.2005.039453.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Cancela, D. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. (Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia). Universidade Lusíada do Porto. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Charles, S. e Carstensen, L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl e A. Fonseca. (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, B., Miguel, C. e Pimenta, L. (2007). A Dança na Terceira Idade. *Revista Viva Idade*. Retirado de <https://vividade.files.wordpress.com/2007/06/danca1.pdf>.
- Damasceno, B. (1999). Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(1), 78-83. doi: 10.1590/S0004-282X1999000100015.
- Dias, A., Limongi, J., Hsing, W. e Barbosa, E. (2013). Tecnologia para reabilitação da fala em idosos com doença de Parkinson. *Revista Portal de Divulgação*, 34. Retirado de <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/5/5>.
- Duarte, V., Santana, M., Soares, M., Dias, D. e Thofern, M. (2005). A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(1), 42-50. doi: 10.5380/fsd.v7i1.8052.
- Fechine, B. R. A. e Trompieri, N. O. (2012). Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 1(7), 106-194. Retirado de <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>.
- Fonseca, V. (2001a). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrogenese Psicomotora. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 19-31.

- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora - estudos casos*. (5th ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – Significação Psiconeurológica dos seus Fatores* (3th ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Gallauhe, D. e Ozmun, J. (2005). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adulto* (3th ed.). São Paulo: Phorte Editora Ltda
- Gilbert, P. E. e Murphy, C. (2004). The effect of the ApoE ϵ 4 allele on recognition memory for olfactory and visual stimuli in patients with pathologically confirmed Alzheimer's disease, probable Alzheimer's disease, and healthy elderly controls. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(6), 779-794. doi:10.1080 / 13803390490509439
- Giro, A. e Paúl, C. (2013). Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *Actas de Gerontologia*, 1(1), 1-10. Retirado de <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/51/36>.
- González, J. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidad en Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 221-250). Lisboa: Edições FMH.
- Hammerschmidt, K., Zagonel, I. e Lenardt, M. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362 – 367. doi: 10.1590/S0103-21002007000300020.
- Hilion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité: Un engagement tripartite garant de l'identité des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. In Éric Pireyre (Eds), *Cas pratiques en psychomotricité*, pp. 252-268.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2
- Jiménez, R. e Garcia, M. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 8(14), 1-13. Retirado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>.
- Juhel, J. (2010). *La Psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, agir et mieux vivre*. Canadá: Les Presses de L'Université Naval.
- Lamas, M. e Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1(1), 1-11. Retirado de <http://www.actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/34/39>.
- Lees, A., Hardy J e Revesz T. (2009). Parkinson's disease. *The Lancet*, 373(9680), 2055-2066, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60492-X.

- Lopes, A. e Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Numero Temático, 13-31. Retirado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10579.pdf>
- Loureiro, M. (2011). Evaluación Psicomotora en ancianos a la luz de Wallon. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 36, 26-32. Retirado de http://www.cicep.cl/formacion/apuntes/cap_revista/36.pdf.
- Manual de Acolhimento. (s.d.). Casa dos Professores em *Carcavelos*. Delegação Distrital de Lisboa da Associação de Solidariedade Social dos Professores. Documento não publicado.
- Marquié, J. e Isingrini, M. (2001). Aspects cognitifs du vieillissement normal. In E. Aubert e J. Albaret (Eds.), *Vieillesse et psychomotricité*. Colletion psychomotricité (pp. 77-114). Marseille: SOLAL éditeur.
- Martín, A. (2007). Gerontologia educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos. In A. Osório e F. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp. 47-73). Lisboa: Instituto Piaget
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Prática da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/614>.
- Menezes, T., Lopes, R. e Azevedo, R. (2009). A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 598-604. Retirado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a17.pdf.
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J. (2010). Pour un légitimité du travail en géronto-psychomotricité - l'Examen Géronto Psychomoteur. *Entretiens de Bichat*, 1-4. Retirado de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/michel2010.pdf>.
- Modera, M. (2005). A relação interpessoal na Psicomotricidade em Pessoas com Demência. *A Psicomotricidade*, (6), 43-55.
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Murphy, C. (1999). Loss of olfactory function in dementing disease. *Physiology e behavior*, 66(2), 177-182. doi:10.1016/S0031-9384(98)00262-5
- National Institute on Aging (2011). *Alzheimer's disease: unraveling the mystery*. Retirado de https://d2cauhfh6h4x0p.cloudfront.net/s3fs-public/Alzheimers_disease_unraveling_the_mystery_0.pdf

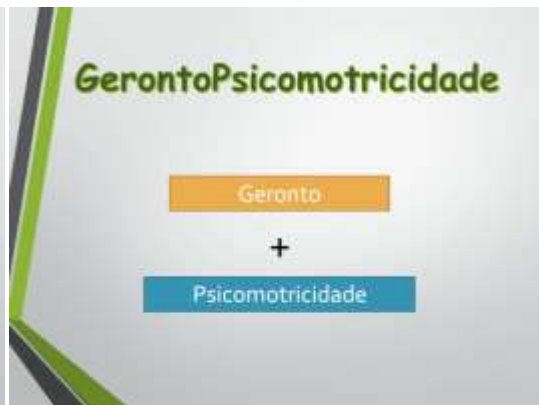
- Netto, F. (2004). Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *Pensar a Prática*, 7, 75-84. Retirado de <http://www.revistas.ufg.br/fef/article/viewFile/67/66?journal=fef>
- Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2(2), 19-29. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/9880>.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A. e Veríssimo, M. (2010). *Estudos do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: Eurotrialis.
- Osório, A. (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. Osório e F. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* (pp.11-46). Lisboa: Instituto Piaget
- Paúl, C. (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl e A. Fonseca. (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, (4), 88-93.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Ramos, A. R., Dib, S. I. e Wright, C. B. (2013). Vascular dementia. *Current translational geriatrics and experimental gerontology reports*, 2(3), 188-195. doi: 10.1007/s13670-013-0054-5
- Regulamento do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. (2014). Faculdade de Motricidade Humana.
- Regulamento Interno. (s.d.). *Casa dos Professores em Carcavelos*. Delegação Distrital de Lisboa da Associação de Solidariedade Social dos Professores. Documento não publicado.
- Ribeiro, L., Alves, P. e Meira, E. (2009). Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 220-227. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202.
- Rodríguez, E. L. (2002). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (11), 13-28. Retirado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3742880>.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Santos, F., Andrade, V. e Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10. doi: 10.1590/S1413-73722009000100002.

- Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2003). *Anatomia e fisiologia* (6ª ed.). Lisboa: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas
- Siqueira, M. (2007). Teorias sociológicas do envelhecimento. In A. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento* (pp. 73-112). São Paulo: Papirus Editora (3th ed.)
- Soubiran, G. e Coste, J. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris: Doin.
- Souza, R., Skubs, T. e Brêtas, A. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263 – 267. doi: 10.1590/S0034-71672007000300003.
- Street, D. (2007). Sociological Approaches to Understanding Age and Aging. In J. Blackburn e C. Dulmus (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence-Based Approaches to Theory, Practice, and Policy* (pp. 143-168). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77. Retirado de http://www.cicep.cl/congreso2014/Contenidos_Congreso.pdf#page=59.
- Warchol-Celinska, E., Styczynska, M., Prejbisz, A., Przybylowska, K., Chodakowska-Zebrowska, M., Kurjata, P., ... e Barcikowska, M. (2015). Hypertension in patients with Alzheimer's disease--prevalence, characteristics, and impact on clinical outcome. Experience of one neurology center in Poland. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9(9), 711–724. doi: 10.1016/j.jash.2015.07.002.
- World Health Organization (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* 10th Revision – version 2015. Retirado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

Anexos

Anexos

Anexo A – Sessão de Esclarecimento



Envelhecer é ser responsável e sério ...



Envelhecer é tornar-se um ser frágil ...



Envelhecer é esquecer a paixão ...



ENVELHECER É UM CAMINHO ...



ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL É ...

... não esquecer...



... de continuar a viver ...

... cuidar do corpo



... e desenvolver a mente



... mas às vezes precisamos de algumas ajudas



psicomotricidade

Qualidade de vida

AUTONOMIA

INDEPENDÊNCIA



Como?

PROPOSTAS DE ATIVIDADES ...




Transferência de peso do corpo

Mudança de Posição



Manutenção do Equilíbrio




Mudança de Direção



Mudança de Velocidade

Estimulação proprioceptiva dos pés



Postura e Consciência Corporal




Atividades expressivas e estimulação sensorial

Motricidade




Relação




E na Casa dos Professores ????

Acompanhamentos individuais



Estimulação Cognitiva




Movimento

Acompanhamentos em Grupo

Estimulação Cognitiva






Movimento

Quando?

Na próxima semana ...

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
10:00				Movimento	
11:00	Avaliações				Avaliações
12:30	ALMOÇO				
14:00					
15:00					Sessão de Conhecimento
16:00	LANCHE				

Contamos convosco !

Obrigada pela vossa atenção !



Anexo B – Consentimento Informado



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Licenciatura de Reabilitação Psicomotora



No âmbito do estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, é necessário a apresentação de um relatório final, no qual seja contemplado a análises de casos.

A **análise de caso** consiste na documentação da intervenção realizada, sendo necessário a recolha de informação através de observação e da aplicação do **Exame GerontoPsicomotor** (EGP), para delinear a intervenção e refletir acerca da mesma, tendo em conta os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

Assim, vimos deste modo pedir a autorização ao tutor e ao próprio para a recolha de informação através do EGP, bem como a autorização para analisar o caso e expor a análise do caso no relatório. Salienta-se que todos os dados recolhidos servirão apenas par fins académicos, garantindo as condições de anonimato.

Agradecemos desde já a disponibilidade e colaboração.

Estagiária: Daniela Filipa Machado Dias

_____ - _____ de _____

(Residente)

(Tutor)

Anexo C – Plano de Intervenção D. Rita

O Plano de Intervenção, no âmbito da Psicomotricidade, da D. Rita é constituído pela apresentação síntese do seu perfil psicomotor, proveniente dos resultados da avaliação Gerontopsicomotora com o EGP, seguindo-se o plano de intervenção propriamente dito. Este organiza-se em três domínios de intervenção: psicomotora; cognição e linguagem; e, sócio afetiva.

Síntese do Perfil Psicomotor

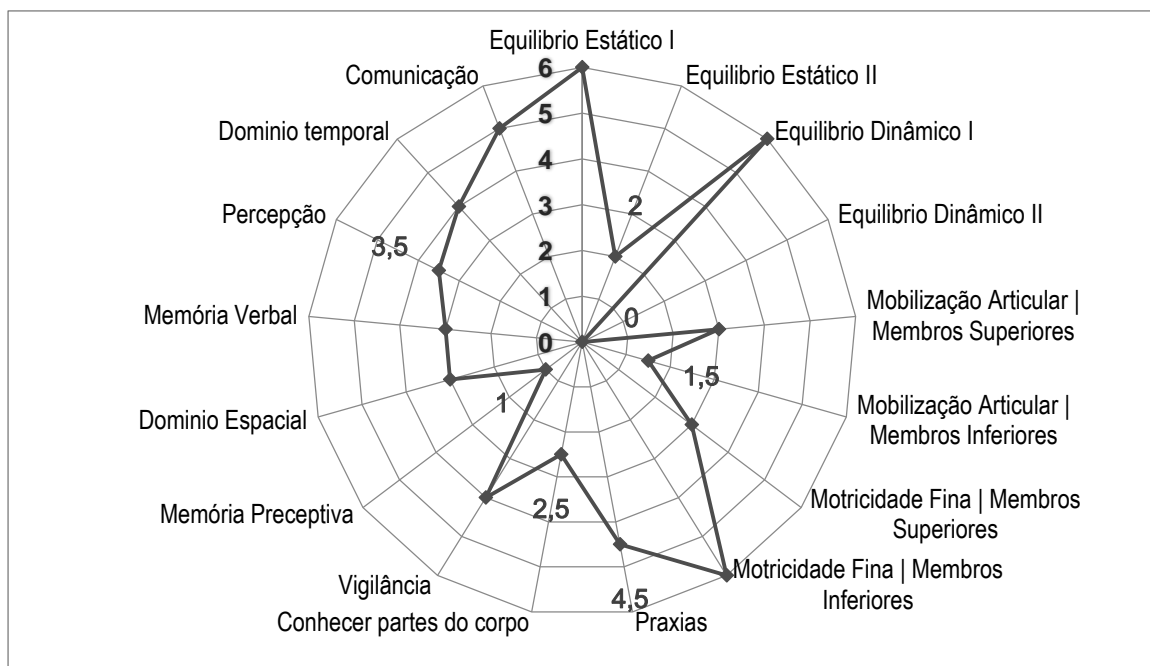


Figura 1 - Perfil Psicomotor da D. Rita (Avaliação EGP dia

Plano de Intervenção

A Tabela 1 e a Tabela 2 contemplam os objetivos, atividades, estratégias e recursos, por áreas de intervenção, planeadas para a D. Rita durante o período de 5/1/2015 a 29/5/2015 pela Psicomotricista Daniela Dias.

Tabela 1 - Área de Intervenção: Psicomotora

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...a equilibração	<ul style="list-style-type: none"> - ...o equilíbrio estático com uma menor base de sustentação - ...o equilíbrio dinâmico na marcha e marcha acelerada 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo da estátua - Percursos com desníveis e com diferentes tipos de materiais - Realizar o percurso com diferentes formas de locomoção

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...as funções tônico-motoras	<ul style="list-style-type: none"> - ...o acesso à passividade - ... o controle da respiração - ... a adequação do estado tônico à atividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de respiração - Mobilização articular ativa e passiva - Técnicas de relaxação (passivas e de visualização)
...a motricidade fina dos membros superiores	<ul style="list-style-type: none"> - ... os movimentos dos dedos e mão - ...o controle dos movimentos finos - ...a comunicação não-verbal 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização ativa - Labirintos - Cópias de figuras - Moldagem em plasticina - Atividades de contorno - Atividades não-verbais - Twist com dedos - Construção com blocos - Representações gestuais
...o conhecimento das partes do corpo	<ul style="list-style-type: none"> - ... a identificação e nomeação das partes do corpo (no próprio e no outro) - ...a dissociação de movimentos - ...a postura 	<ul style="list-style-type: none"> - Imitação de movimentos - Mobilização articular - Puzzles com o corpo humano - Atividades de nomeação e identificação das partes do corpo - Técnicas de relaxação
...as noções espaciais	<ul style="list-style-type: none"> - ...a estruturação rítmica - ...a orientação espacial - ...a deslocação no espaço 	<ul style="list-style-type: none"> - Sequenciar ações - Repetição de estruturas rítmicas - Orientação para a realidade - Elaboração de mapas e deslocação no espaço - Divisão em partes iguais - Sequências de deslocamentos

Tabela 2 - Área de Intervenção: Cognição e Linguagem

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...a capacidade de atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> - ...os aspetos atencionais - ...a concentração na tarefa 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir instruções - Atividades de focalização da atenção - Jogos cognitivos - Atividades de observação de pormenores - Jogo do intruso
...as capacidades mnésicas	<ul style="list-style-type: none"> - ...a memória verbal - ...a memória preceptiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos de memória - Jogos de associação - Memória de imagens, textos, objetos... - Atividades de repetição - Momentos de evocação
...as competências da linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - ...a linguagem verbal - ...a associação entre objeto e palavra 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetição de palavras - Reconhecimento de imagens - Descrição de imagens
...as gnosias	<ul style="list-style-type: none"> - ...o reconhecimento dos objetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de figuras/objetos sobrepostos - Reconhecimento de objetos do dia-a-dia - Associação objeto-função

As questões sócio afetivas serão trabalhadas no decorrer de todas as atividades das sessões em particular, procurando manter ou melhorar na D. Rita as seguintes questões:

- Socialização/Minimizar o isolamento
- Inclusão no grupo
- Ansiedade

Anexo D – Plano de Intervenção de Grupo

O Plano de Intervenção, no âmbito da Psicomotricidade, do grupo é constituído pela apresentação síntese dos perfis psicomotores dos cinco participantes, proveniente dos resultados das avaliações Gerontopsicomotora com o EGP, seguindo-se o plano de intervenção propriamente dito. Este organiza-se em três domínios de intervenção: psicomotora; cognição e linguagem; e, sócio afetiva.

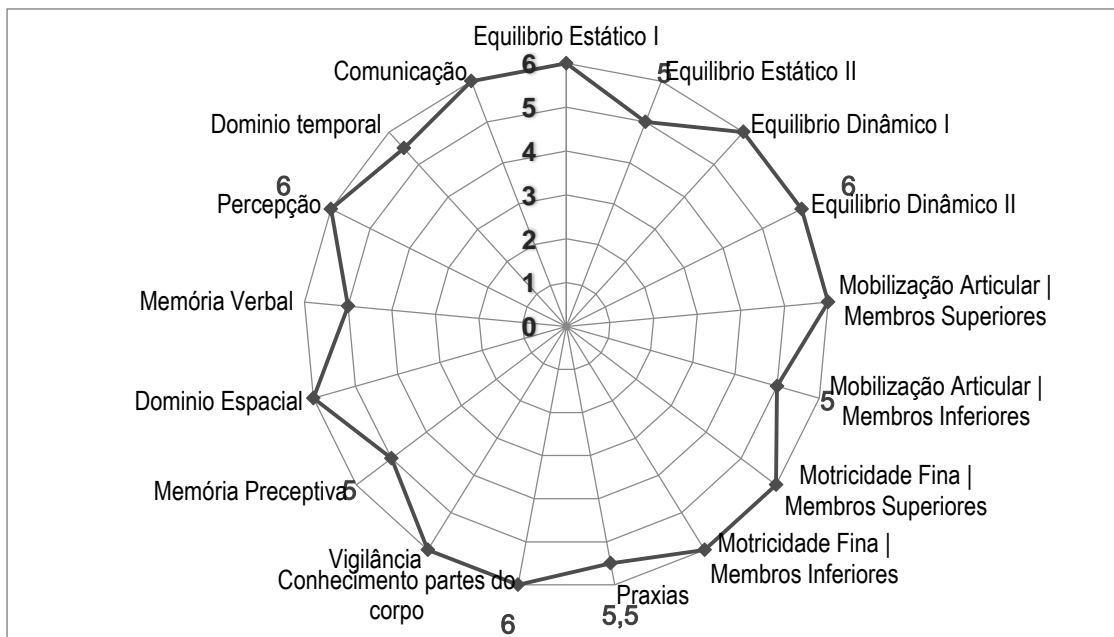


Figura 1 - Perfil Psicomotor da D. Elisabete

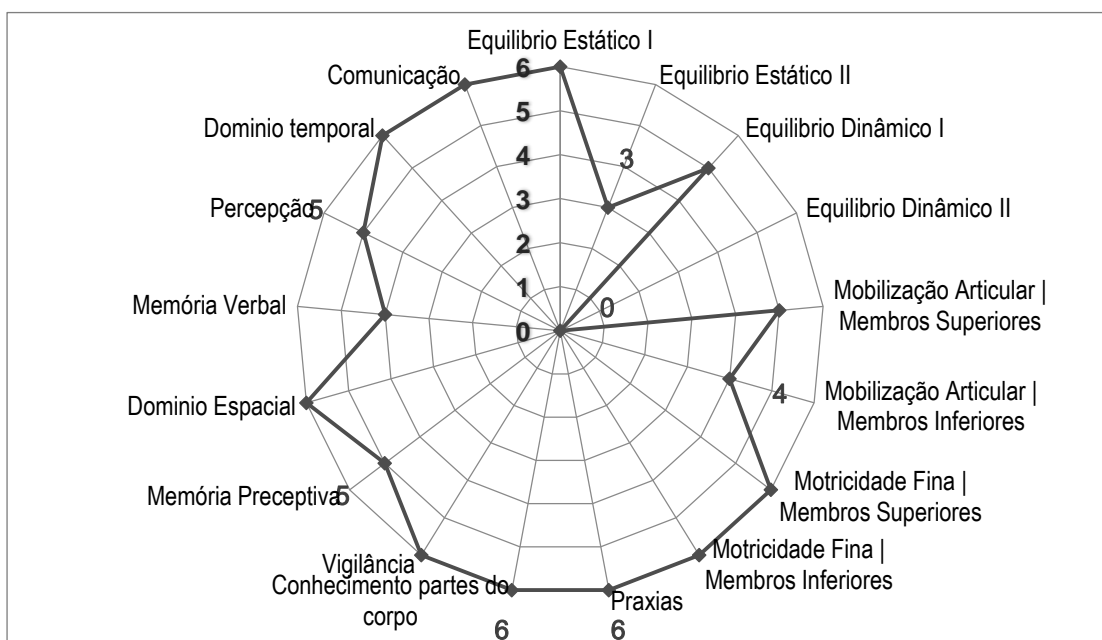


Figura 2 - Perfil Psicomotor da D. Manuela

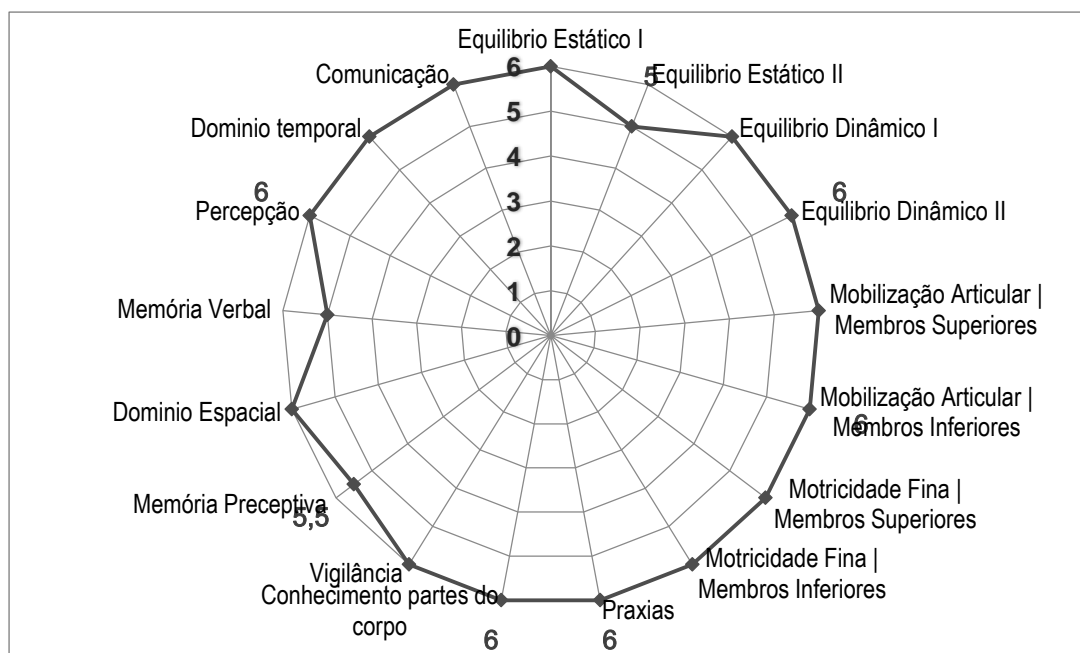


Figura 3 - Perfil Psicomotor da D. Cristina

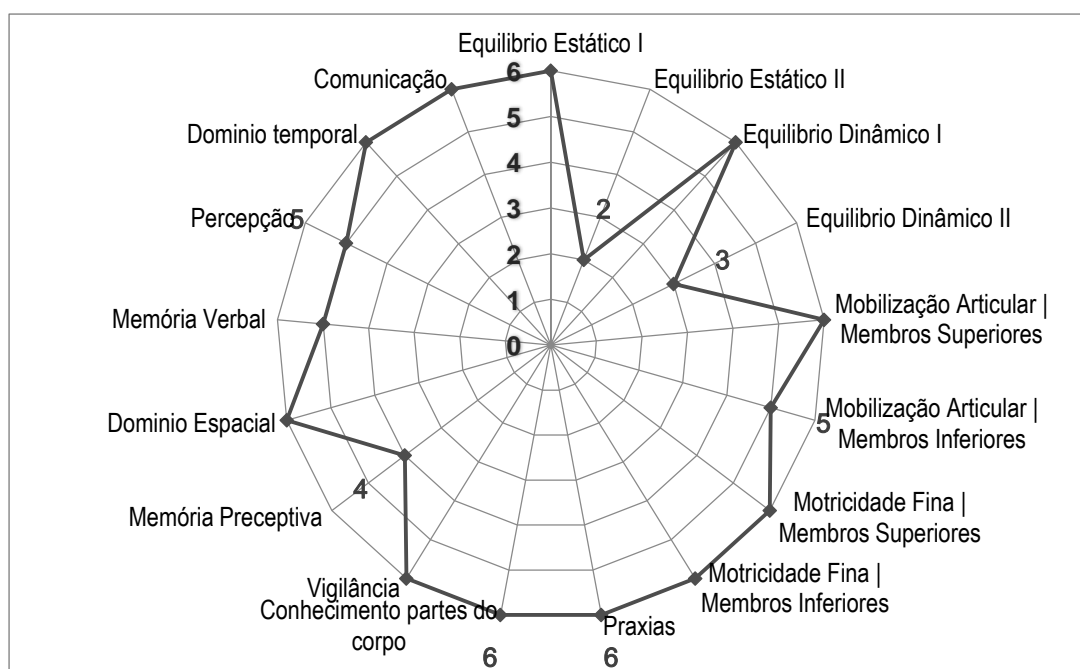


Figura 4 - Perfil Psicomotor da D. Antonieta

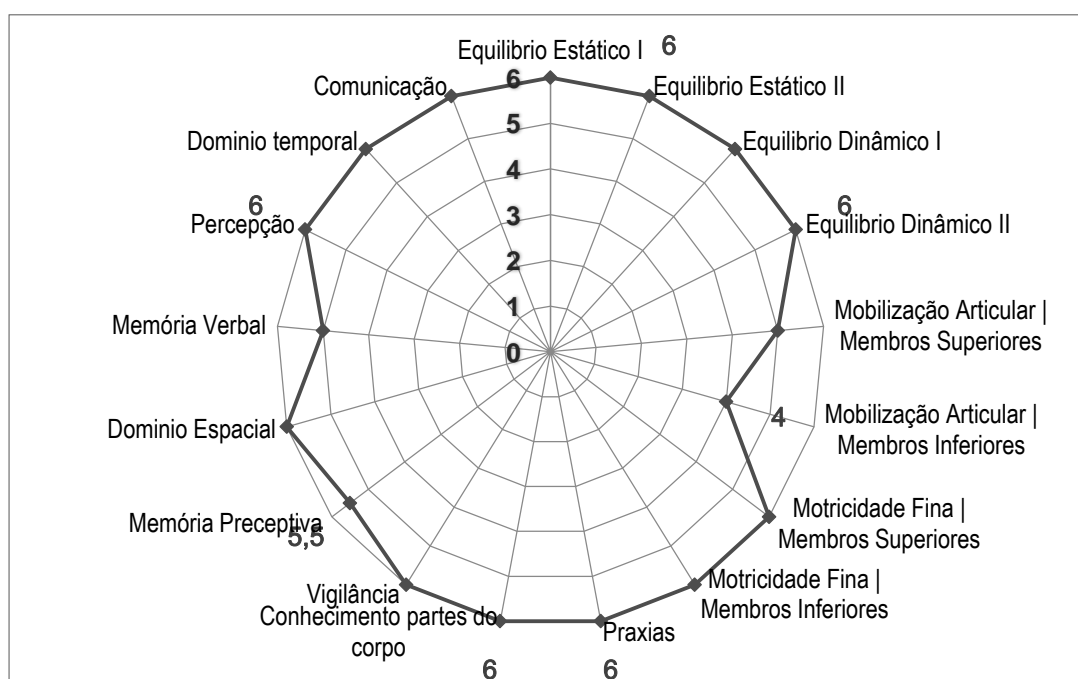


Figura 5 - Perfil Psicomotor do Sr. Joaquim

Plano de Intervenção

A Tabela 1 e 2 sintetizam os objetivos, atividades, estratégias e recursos por áreas de intervenção planeadas para o grupo durante o período de 20/11/2015 a 11/6/2015 pela Psicomotricista Daniela Dias.

Tabela 1 - Área de Intervenção: Psicomotora

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...a equilibração	<ul style="list-style-type: none"> - ...o equilíbrio estático com uma menor base de sustentação - ...o equilíbrio dinâmico na marcha e marcha acelerada 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo da estátua - Posições estáticas com uma base de sustentação reduzida - Marcha associada a movimentos - Diferentes tipos de marcha - Marcha condicionada
...as funções tónico-motoras	<ul style="list-style-type: none"> - ...o acesso à passividade - ...o controle da respiração - ... a adequação do estado tónico à atividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização articular ativa, consciencializando o movimento - Técnicas de relaxação (passivas e de visualização) - Movimentos associados à respiração - Identificação de tensões localizadas
...a lateralidade	<ul style="list-style-type: none"> - ...a noção de esquerda e direita - ...a noção de cima e baixo 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir ordens (direita-esquerda) - Andar em diferentes direções - Mobilização articular
...as noções	<ul style="list-style-type: none"> - ... a noção de tempo 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação para a realidade

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
espaciais e temporais	<ul style="list-style-type: none"> - ...a estruturação rítmica - ...a distribuição espacial 	<ul style="list-style-type: none"> - Coreografias - Movimentos associados a sequências rítmicas
...a noção de corpo em interação com o meio	<ul style="list-style-type: none"> - ...a dissociação de movimentos - ...o conhecimento do corpo em interação com o meio 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização articular - Movimentos com as partes do corpo de forma dissociada - Jogo de mimica - Nomeação das partes do corpo mobilizadas - Imitação de movimentos e de posições estáticas - Simular os movimentos das AVD's
...a motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> - ...a coordenação oculo-manual - ...a coordenação oculo-podal - ...a dissociação dos movimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - pontapear a bola - Bowling com mão ou pés - Jogos de pontaria - Jogo do Bócia adaptado - Jogar arcos para cones tendo em conta as ordens dadas - Realizar movimentos alternadamente

Tabela 2 - Área de Intervenção: Cognição e Linguagem

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Exemplos de Atividades
Manter ou melhorar ...		
...a capacidade de atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> - ...os aspetos atencionais - ...a concentração na tarefa 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de focalização da atenção - Labirintos - Descobrir os iguais - Jogo do intruso - Atividades de observação de pormenores - Completar sequência
...as competências da linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - ...a linguagem verbal - ...a linguagem escrita 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenar palavras por ordem alfabética - Reprodução de textos - Jogo da força - Ordenar letras para formar palavras - Correções dos exercícios
...as gnosias	<ul style="list-style-type: none"> - ...o reconhecimento de imagens e objetos 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento na imagem e dos seus componentes - Identificação da sombra - Identificar a imagem vista de outra perspetiva
...as praxias	<ul style="list-style-type: none"> - ...a velocidade – precisão 	<ul style="list-style-type: none"> - Labirintos - Tarefas cronometradas com elevada precisão (fazer o máximo de cruces/pontos nas quadriculas do papel quadriculado num período de tempo)
...as capacidades mnésicas	<ul style="list-style-type: none"> - ...a memória verbal - ...a memória preceptiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos de memória - Jogos de associação - Memória de imagens, textos, objetos, números... e responder às questões colocadas
...as funções executivas	<ul style="list-style-type: none"> - ...o raciocínio lógico 	<ul style="list-style-type: none"> - Desafios matemáticos - Cálculos e ordenações - Sequenciar imagens, formulando a ação - Atividades de cultura geral

As questões sócio afetivas serão trabalhadas ao longo do decorrer de todas as atividades das sessões em particular, procurando manter ou melhorar nos participantes as seguintes questões:

- Socialização
- Espírito de equipa
- Entreaajuda
- Competitividade saudável

Os aspetos da lateralidade, a noção de corpo, noção de espaço e tempo, a motricidade global a atenção e concentração, as praxias e gnosias, a linguagem, as funções executivas e a interação social são trabalhados indiretamente através de outras atividades.

Anexo E – Exemplo de Plano de Sessão

Sessão Grupo 1

Data: 14 de janeiro de 2015 (quarta-feira)

Local: Biblioteca

Horário: 10:00 horas

Duração: 50 minutos

Aspetos a Trabalhar: Tonicidade, Esquema Corporal, Linguagem, Motricidade Global.

Participantes: [REDACTED]

Área de Intervenção	Atividade e Descrição	Tempo	Materiais	Objetivos Específicos	Estratégias e Adaptações	Dificuldades e Limitações	Comportamentos Observados
				Manter ou melhorar ...			
Orientação espaço-temporal	Orientação para a realidade: Os residentes devem dizer a data correta (dia do mês, dia da semana, mês e ano), nome da instituição, da localidade, da estação do ano e o tempo no exterior.	3'		... a orientação temporal e espacial dos residentes	Dar pistas acerca da resposta correta Feedback positivo Direcionar a questão Reforçar a instrução, se necessário Ajuda Verbal	Atividade realizada verbalmente.	A nível de orientação espacial os professores não apresentam grandes dificuldades.
Aquecimento	Mobilização articular: Os residentes devem estar sentados na cadeira confortavelmente e fazer os movimentos pedidos pelo estagiário: Rodar o pescoço Fletir o antebraço, tocando no ombro, em simultâneo Fletir o antebraço, tocando no ombro, alternadamente	10'	Computador, colunas e playlist Cadeiras	... a mobilização articular e dos segmentos corporais ... a ativação muscular ... a dissociação de movimentos corporais	Demonstração do exercício Feedback positivo Adaptação das atividades em pé para sentado Direcionar a atenção para a atividade e execução correta Ajuda Física		Todos os professores realizaram a atividade sem grandes dificuldades.

	<p>Abrir e fechar as mãos</p> <p>Mexer os dedos como se estivéssemos a tocar piano</p> <p>Rodar ombros, um de cada vez nos dois sentidos</p> <p>Mãos nos ombros, roda-los em simultâneo, primeiro para a frente e depois para trás</p> <p>Marchar no mesmo sítio</p> <p>Flexão do joelho, um de cada vez</p> <p>Flexão plantar em simultâneo</p> <p>Flexão plantar alternadamente</p> <p>Rodar os pés, um de cada vez nos dois sentidos</p>				Ajuda Verbal		
Treino do Equilíbrio	<p>Os residentes devem estar de pé junto de uma cadeira, agarrando-a com as duas mãos pelas costas e fazer as posições e movimentos pedidas pela estagiária:</p> <p>Marcha no mesmo local</p> <p>Marcha mais remo</p> <p>Calcanhares ao rabo</p> <p>Cruzar pé à frente do outro</p> <p>Pé um atrás do outro permanecer em equilíbrio e trocar</p> <p>Abrir perna para o lado</p> <p>Bicos de pés</p> <p>Só calcanhares no chão</p> <p>Levantar calcanhar de um pé, fazer dos dois</p> <p>Um pé no chão e o outro na ponta do pé e trocar</p> <p>Apoio unipodal</p> <p>Braços esticados levantar ate ao meio bater palmas e descansar</p>	10'	Cadeiras	<p>... o equilíbrio estático e dinâmico</p> <p>... a prevenção de quedas</p>	<p>Demonstração da atividade</p> <p>Feedback positivo</p> <p>Direcionar a atenção para a atividade, e execução de forma correta</p> <p>Ajuda Verbal</p>		<p>Os professores realizaram os exercícios sem grandes dificuldades, contudo verificou-se um menor desempenho na dissociação de movimentos. Assim verificou-se uma maior necessidade de apoio na cadeira para os realizar, prevenindo assim o risco de queda.</p> <p>As maiores dificuldades verificaram-se principalmente pelas professoras [REDACTED]</p>

	Braços esticados a frente um para cima outro para baixo alternadamente						
Coordenação motora global e Linguagem	Nome de animal: os professores devem atirar uma bola aleatoriamente e sempre que fizerem a recepção da bola devem dizer um nome de animal sem que haja repetição.	10'	Bola	... coordenação oculo-manual ... linguagem verbal	Demonstração da atividade Feedback positivo Direcionar a atenção para a atividade Ajuda Verbal Reforçar a instrução		Verificou-se algumas repetições dos animais, mas quando referido pelo grupo que já tinha sido dito o professor em questão dizia o nome de outro animal.
	No seguimento da atividade anterior os professores devem continuar a trocar a bola entre si, contudo neste caso seguindo a ordem do círculo, passando a bola sempre para o colega do lado direito. Quando o participante recebe a bola deve referir o animal dito pela pessoa que lhe passou a bola seguido do nome de outro animal.	10'	Bola	... linguagem verbal ... memória	Demonstração da atividade Feedback positivo Direcionar a atenção para a atividade Ajuda Verbal Reforçar a instrução	Não retêm a informação	Nesta atividade os professores apresentaram algumas dificuldades, pois a maioria dos professores não consegue reter o nome do animal dito pelo professor anterior, sendo necessário relembrar o nome do animal anterior e pedir para referir outro. O professor que apresentou menores dificuldades foi o [REDACTED]
	Os professores devem continuar a trocar a bola entre si aleatoriamente e referir, sempre que rececionem a bola, palavras 1º começa pela letra L e posteriormente pela letra P. Os professores não devem repetir as palavras.	10'	Bola	... linguagem verbal ... associação letra-palavra ... a memória ... coordenação óculo-manual	Demonstração da atividade Feedback positivo Direcionar a atenção para a atividade Ajuda Verbal Reforçar a instrução		Verificou-se algumas repetições das palavras, contudo a prestação no geral foi muito boa. Ao longo da atividade teve que ser reforçada a instrução tal como pedir para dizer uma nova palavra quando esta já tinha sido referida anteriormente. Surgiram ao longo desta atividade um leque alargado de palavras.
Retorno à calma	Alongamentos: sentados, os residentes devem alongar os músculos, tendo em conta as indicações da estagiária Pescoço – olhar para cima e para baixo, para esquerda e para a direita Flexão do pescoço Braço esticado à frente, puxar a mão Braço fletido sobre o tronco, empurrar no cotovelo	5'	Computador, colunas e playlist	... a descontração muscular ... a passividade	Demonstração da atividade Feedback positivo Direcionar a atenção para a atividade, e execução de forma correta Ajuda Física Ajuda Verbal		Todos os professores realizaram as atividades, contudo a [REDACTED] necessitou de demonstração para realizar algumas das tarefas. A [REDACTED], necessitaram de ajuda física parcial principalmente nos exercícios que exigem a utilização dos dois membros em simultâneo.

	Antebraço fletido atrás da cabeça, empurrar pelo cotovelo Puxar joelho ao peito com ajuda das mãos Pés fletidos Pés em extensão Esticar-se o mais possível Espreguiçar						
Bem-estar	Questionar os residentes sobre o que foi realizado durante a sessão. Questionar qual/quais as tarefas que mais gostaram e as que sentiram mais dificuldades.	3'		... a memória a curto prazo; ... a consciencialização das suas dificuldades	Ajuda verbal Feedback positivo Dar pistas		O Feedback acerca das atividades foi positivo, tendo os participantes referido que o tempo passou num instante e que os exercícios eram interessantes e motivadores.
<p align="center">Reflexão e limitações Gerais</p> <p align="center">- Não se verificaram grandes limitações</p> <p align="center">- a maioria das atividades foram realizadas sentadas</p> <p align="center">- a sessão correu bem no geral. Os professores demonstraram-se interessados e participativos</p>							

